

**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

**A TRANSVERSALIDADE DO CUIDADO ESPECIALIZADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:  
Dos Cuidados Intensivos aos Cuidados Paliativos**

**Ana Cláudia Rodrigues Alves**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,  
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Funchal,  
2017**



**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

**A TRANSVERSALIDADE DO CUIDADO ESPECIALIZADO EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:  
Dos Cuidados Intensivos aos Cuidados Paliativos**

**Ana Cláudia Rodrigues Alves**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem,  
com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.**

**Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Merícia Bettencourt**

**Co-orientador: Prof.<sup>a</sup> Mestre Noélia Pimenta**

**Funchal,**

**2017**



## **EPIGRAFE**

Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes.

Martin Luther King



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais por serem os meus alicerces e me fazerem acreditar que o esforço e a dedicação conduzem sempre a uma recompensa.

Ao meu porto de abrigo Nélcio Mendonça que esteve sempre ao meu lado, pelo apoio incondicional e pela sua compressão da minha pouca disponibilidade.

Às minhas orientadoras  
Prof<sup>ª</sup>. Doutora Merícia Bettencourt e Prof<sup>ª</sup>. Mestre Noélia Pimenta,  
e a todos os meus tutores dos diferentes contextos de prática clínica  
Rui Jardim, Vitor Correia e Carlos Rodrigues,  
Um reconhecido agradecimento pela atenção, disponibilidade e sabedoria na ajuda  
à concretização deste percurso.

Á minha colega Isabel Martins,  
que me incentivou a mergulhar nesta jornada.

E às minhas colegas e amigas Sónia Freitas e Joana Witter,  
que me apoiaram e encorajaram em todos os momentos.

Nesta minha missão de viver e sonhar, um obrigado a todos aqueles que me inspiram diariamente a querer e ser humanamente melhor. Sem dúvida que este foi um caminho de enriquecimento pessoal e profissional.

**Obrigado a todos, bem hajam!**





## **RESUMO**

O presente relatório de estágio surge no âmbito do I Mestrado com especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e a sua elaboração reflete todo o processo desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho pretende evidenciar o percurso realizado durante os estágios efetivados nos Cuidados Intensivos (UCIP) e Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça e também nos Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, através da análise e reflexão das experiências decorrentes da prática e do seu contributo para o meu processo de aprendizagem, com vista a um cuidar especializado de excelência.

No que concerne aos estágios I e II, realizados no SU e UCIP respetivamente, desenvolvi competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, tendo aprofundado conhecimentos essenciais para a implementação de metodologias de trabalho eficazes que me permitiram reagir perante situações complexas, tomando decisões baseadas na evidência científica e alicerçada nas responsabilidades e valores inerentes à profissão.

Por sua vez, o estágio III que concretizou-se em contexto de cuidados paliativos, permitiu-me o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, consolidando habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes à dignificação do cuidar em fim de vida.

Toda a análise e reflexão aqui concretizada contribuíram para a consciencialização de todo o processo de aprendizagem, sendo o presente relatório uma compilação deste, revelando a aquisição das seguintes competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: “cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção (...) face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil”; “cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares (...) diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”; “estabelece relação terapêutica (...) de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”.

**Palavras-chave:** enfermagem, competências, enfermagem médico-cirúrgica, mestrado

## **ABSTRACT**

The present internship report comes in the scope of the first Master with specialization in Medical-Surgical Nursing of the S. José de Cluny Superior School of Nursing, regarding to the whole process developed for the acquisition of common and specific skills of the specialist nurse and Master in Medical-Surgical Nursing.

With this work, I intend to demonstrate that the course carried out during the internships in the Intensive Care Unit (ICU) and Emergency Department (ED) of the Hospital Dr. Nélio Mendonça and also in the Continuous and Palliative Care Unit of Hospital da Luz, through the analysis and reflection of the experience arising from the practice and its contribution into my learning process, with a goal of specialized and excellence care given.

Regarding to the internships I and II, carried out in the ED and the ICU respectively, I have developed competencies in the provision of care to the person and their family in a critical illness situation, and developed essential knowledge to the implementation of effective work methodologies that allowed me to respond to complex situations, making decisions based on scientific evidence and on the responsibilities and values inherent to the profession.

On the other hand, the internship III, which took place in the context of palliative care, allowed me to develop competencies in the provision of specialized care to the person and family throughout a situation of advanced chronic illness or palliative, consolidating attitudes, values and behaviors inherent to the dignification of caring at the end of life.

All the analysis and reflection carried out has contributed to the awareness of the entire learning process, revealing the acquisition of the following competencies of the nurse specialist in medical-surgical nursing: "takes care of a person experiencing a complex process of critical illness and/or with organ failure"; "maximizes intervention in the prevention and control of infection (...) attending to the complexity of the situation and acting usefully and effectively"; "cares for people with chronic diseases, incapacitating and terminal illness, their caregivers and family members (...) reducing their suffering, maximizing their well-being, comfort and quality of life"; "establishes a therapeutic relationship (...) in order to facilitate the adaptation process to successive losses and death".

**Keywords:** nursing, skills, medical-surgical nursing, master degree

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

BPS – *Behavioral Pain Scale*

ECDC – *European Centre Disease Prevention and Control*

EPI – *Equipamento de Proteção Individual*

IACS – *Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*

MRSA – *Methicillin-resistant Staphylococcus*

OE – *Ordem dos Enfermeiros*

PBCI – *Precauções Básicas do Controle da Infecção*

RASS – *Richmond Agitation Sedation Scale*

REPE – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

SESARAM – *Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira*

SO – *Sala de Observação*

SPCI – *Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos*

SU – *Serviço de Urgência*

TISS 28 – *Therapeutic Intervention Scoring*

UCI – *Unidade de Cuidados Intensivos*

UCIP – *Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente*



## **ÍNDICE GERAL**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO I – A APRENDIZAGEM COMO INSTRUMENTO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO II – CUIDADOS ESPECIALIZADOS Á PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO III – CUIDADOS ESPECIALIZADOS Á PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO IV – CUIDADOS ESPECIALIZADOS Á PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....</b>	<b>71</b>
<b>4.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados .....</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO V – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA .....</b>	<b>97</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>103</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>105</b>



## INTRODUÇÃO

A evolução da sociedade tem vindo a colocar novos desafios em saúde, exigindo ao enfermeiro no exercício da sua profissão, competências diferenciadas de forma a satisfazer as mais complexas e crescentes necessidades da população. Deste modo, a excelência do exercício profissional em Enfermagem impõem-se num caminhar permanente, e numa procura constante do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas, que sustentem a mais elevada qualidade na assistência em saúde.

As perspetivas pedagógicas atuais colocam o formando no centro da ação, atribuindo-lhe a responsabilidade pela sua aprendizagem de modo a se tornarem, de acordo com Rua (2011), profissionais competentes, capazes de responder eficazmente a um conjunto de situações na sua prática diária. Com este pressuposto assume-se que a aprendizagem é um processo continuado da construção de saberes do formando em que a escola tem a função curricular de proporcionar um guia orientador de aprendizagens.

O presente relatório surge no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, ano letivo 2015/2017 e reporta-se à Unidade Curricular Relatório de Estágio do 2º ano, 3º semestre, refletindo todo o trabalho realizado ao longo de três semestres de estudo, pesquisa científica realizada e a prática clínica desenvolvida.

Com a elaboração deste trabalho tenho como objetivo evidenciar o percurso realizado durante os estágios efetivados na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Serviço de Urgência (SU) do Hospital Dr. Nélio Mendonça e na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, as competências comuns e especializadas adquiridas e desenvolvidas para cuidar da pessoa e da sua família em contexto de doença crítica, crónica avançada e paliativa, tendo por base a evidência científica, a reflexão crítica e construtiva sobre a prática, enquanto condição *sine qua non* do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os estágios I e II preconizados pelo plano de estudos como de carácter obrigatório decorreram no SU e UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça respetivamente, tendo optado por realiza-los nestes locais pelo facto de serem duas unidades de referência regional dando assistência a todos os doentes provenientes da ilha da Madeira e do Porto Santo. Por sua vez, a opção pela realização do estágio III na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz Lisboa, deveu-se ao facto de este ser um serviço de

referência nacional no que diz respeito ao cuidar da pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, e aos seus familiares, sendo reconhecida como uma unidade de nível III pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Posto isto, destacava que em todas as práticas clínicas foram-me garantidas condições propícias para aprendizagem, tendo sido sempre orientada por professoras com especialização em enfermagem médico-cirúrgica e por tutores enfermeiros especialistas e peritos na sua área de intervenção, salvaguardando que a sequência pela qual realizei os estágios resultou da gestão que teve de ser feita para a organização e concretização dos mesmos, por contingências relacionadas com a disponibilidade dos contextos considerando que foram vários os elementos da turma que requisitaram fazer o estágio no mesmo local.

Estruturalmente o trabalho encontra-se organizado de modo a facilitar a sua compreensão e leitura dividindo-se, para além da habitual introdução e conclusão, em cinco temas essenciais: iniciar-se-á com o capítulo intitulado “A Aprendizagem como Instrumento do Desenvolvimento Profissional”, onde procurei situar o atual relatório e a sua pertinência no meu processo de aprendizagem como futura enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica; seguir-se-á os capítulos referentes aos estágios realizados de acordo com os contextos de prática onde utilizei uma abordagem cronológica sendo que primeiramente abordo os “Cuidados Especializados à Pessoa e Família em Contexto de Cuidados Intensivos”, seguido do capítulo referente aos “Cuidados Especializados à Pessoa e Família em Contexto de Urgência” e posteriormente os “Cuidados Especializados à Pessoa e Família em Contexto de Cuidados Paliativos”.

Nestes três capítulos farei referência aos objetivos traçados, às atividades realizadas e às competências especializadas comuns e específicas adquiridas com a minha experiência, e o seu contributo para o meu processo de desenvolvimento com vista a um cuidar especializado de excelência. Por fim, surge o capítulo “Desenvolvimento de Competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica”, onde evidencio a aquisição dos conhecimentos e capacidades de compreensão compatíveis com o grau de mestre.

Para organizar e fundamentar o presente relatório recorri a uma metodologia expositiva e descritiva, centrada na experiência vivenciada, na evidência científica, na reflexão crítica sobre a prática, com o desígnio de desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e relacionais próprias do cuidado de enfermagem especializado. Acresce ainda, referir que o presente trabalho foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e elaborado de acordo com as Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.



## **CAPÍTULO I – A APRENDIZAGEM COMO INSTRUMENTO DO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**



*“Aprender é “mergulhar” na acção, quer ela seja exercida com as mãos ou com intelecto, lutar por descobrir os segredos da matéria e das ideias, sofrer as vicissitudes dessa luta e sair dela diferente, mais rico de vivências e de conhecimentos que são nossos porque todo o nosso ser participou na sua conquista.”*

Salgueiro, 2001, p.60.

A excelência do exercício profissional em Enfermagem exige dedicação, assumindo-se como um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Cabe a cada enfermeiro, no contexto da sua prática, o compromisso com a autoformação, encarando-a como um projeto de desenvolvimento ao longo da vida, afirmando-se de importância capital no crescimento do indivíduo em todo o seu potencial pessoal e profissional na busca contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Para Le Boterf (2005) a tradicional “formação inicial” tem vindo progressivamente a perder importância do mesmo modo que a “experiência por antiguidade” tem perdido validade. Torna-se assim imperativo uma construção permanentemente de novas competências, que não foram especificadas à partida, assumindo a qualificação inicial como um ponto de partida para “um compromisso numa dinâmica de aprendizagem” (p.9).

Como afirmou Carvalhal (2005), a educação é o caminho para o conhecimento e aperfeiçoamento que só ocorre em liberdade, visto ser um processo que exige a participação ativa da vontade e da inteligência de todos quantos se encontram envolvidos nessa tarefa. A metodologia consignada no Processo de Bolonha e da formação em geral na atualidade centra-se no desenvolvimento de competências, estando preconizado que o formando deverá ter uma intervenção ativa, participativa e responsável no seu processo de aprendizagem, desenvolvendo-se com base no definido pelos Descritores de Dublin.

Estes descritores foram definidos pelo Decreto-lei 74/2006 de 24 de março, onde se instituiu no artigo 18.º que relativamente ao ensino politécnico, “o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional” (p.2247). Para tal importa que o formando tenha desenvolvido competências que lhe permitam uma aprendizagem auto-orientada ao longo da vida, sabendo aplicar os conhecimentos na resolução de problemas em situações não familiares na sua área de estudo, demonstrando a capacidade para lidar com situações complexas, refletindo sobre as implicações éticas e sociais nos julgamentos

que faz e decisões que toma, sendo por fim capaz de comunicar as suas conclusões/raciocínios de forma clara e sem ambiguidades.

No que concerne ao caso concreto da Enfermagem, é importante enfatizar que as competências não se desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas, sendo que a componente reflexiva é indispensável para que o profissional tome decisões adequadas face à complexidade das situações únicas que enfrenta diariamente.

Assumindo a necessidade de integrar a teoria na prática, a reflexão surge como um instrumento facilitador de uma aprendizagem integradora resultando num aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem. Neste sentido Rua (2011), salienta que numa lógica de formação é importante o desenvolvimento da capacidade de saber integrar, combinar e transpor, os múltiplos conhecimentos, para dar resposta às necessidades individuais de cada cliente, recorrendo à reflexão como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional.

Relativamente a esta questão, Le Boterf (2005) já tinha afirmado que a capacidade para transferir conhecimentos provém de um trabalho de reflexão efetuado a partir de uma boa experiência muito contextualizada, isto é, o que melhor sabe transpor não é aquele que tem conhecimentos gerais sobre tudo mas “o que sabe num domínio particular, elevar o seu nível de experiência a um ponto tal que a sua conceptualização é um ponto de partida possível para uma transposição em contextos distintos” (p.57).

Na ótica de Mendonça (2009), as competências são características altamente diferenciadores da capacidade e da qualidade de adaptação na vida, ocorrendo em variados contextos que vão desde o mundo social até ao espaço afetivo das relações, considerando-se como competente aquele que tem a capacidade de estabelecer interação com o meio e desencadear mecanismos de adaptação aos contextos. Neste propósito, faz todo o sentido que se “focalize a atenção para as competências do contexto laboral, uma vez que uniformizam o tecido humano do ponto de vista da prestação de serviços e, portanto, da qualidade e eficácia dessa prestação” (p.17).

O agir do enfermeiro enquanto profissional exige o estabelecimento de uma relação terapêutica com base no quadro referencial dos valores, atitudes e comportamentos inerentes à nossa profissão. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, incorporando uma complexa combinação de saberes, habilidades e comportamentos que refletem a sua competência.

Na generalidade considera-se que a pessoa sabe agir com competência quando consegue mobilizar um conjunto de recursos necessários, num determinado contexto produzindo resultados satisfatórios para o cliente. Nesta perspetiva Le Boterf (2005) enfatiza que as competências resultam de três fatores:

o saber agir que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimento, saber fazer, redes...); o querer agir que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante no qual ele intervém; o poder agir que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho, de escolha da forma de gestão, de condições sociais que tornem possível e legítimo que o indivíduo assuma responsabilidades e corra riscos. (p.28).

Deste modo, o caminho apontado para a competência profissional em enfermagem, passa hoje pela formação de uma consciência crítica e por um espírito aberto ao aprender a aprender, como forma de otimizar o saber fazer. Neste contexto a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015) salientou que embora a formação lecionada pela escola habilite o enfermeiro para o início do percurso profissional, é com base na atualização do nível de conhecimento e o amadurecimento ao nível da capacidade de reflexão que o enfermeiro desenvolve competências individuais, sendo que o “dever de atualização decorre do direito do cliente a cuidados de qualidade” (p.93).

De acordo com o artigo n.º 2 do Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, corporizado com fundamento nas competências especializadas definidas pela OE e nos Descritos de Dublin, a formação especializada visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas de modo a que, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sejam capazes de:

cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação; Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica(...); Se constituir como líderes e modelos de referência e de apoio para os seus pares na resolução das situações de maior complexidade apresentadas pelos doentes em contextos de urgência, emergência, cuidados intensivos e outros; Utilizar a metodologia de investigação, recolhendo, analisando e utilizando o pensamento crítico na análise dos dados; Mobilizar a evidência científica do domínio da Enfermagem face à pessoa em situação crítica e incorporá-la no processo de tomada de decisão inerente à prestação de cuidados especializados. (p.1).

A opção pela área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica deve-se ao facto de ter sentido que este é o momento para enriquecer conhecimentos e aperfeiçoar a minha prática diária, através da construção de competências científicas, técnicas, relacionais, éticas e deontológicas na procura da excelência dos cuidados de enfermagem, considerando que é transversal ao serviço onde trabalho atualmente o cuidar da pessoa não só em situação crítica mas também com doença crónica avançada em estado terminal.

Segundo o art.4º alínea 3 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), enfermeiro especialista é “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados na sua área de especialidade” (p.99).

Não esquecendo a essência da enfermagem, a definição das competências do enfermeiro especialista engloba os domínios patentes na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Neste sentido, as competências clínicas especializadas, decorrem do desenvolvimento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e subdivide-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas a OE (2007) assegura que o enfermeiro especialista detém um conjunto de “conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, aos três níveis de prevenção” (p.18).

As competências comuns são as transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, englobando os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, sendo estes demonstrados pelo enfermeiro através “da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2007, p.18).

Por sua vez, a atribuição do título que reconhece as competências específicas certifica o enfermeiro que possui um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo particular de intervenção” (OE, 2010, p.2).

De acordo com Rua (2011), o exercício de Enfermagem implica uma formação sólida em termos científicos, tecnológicos, éticos e humanísticos, que permitam ao enfermeiro desenvolver competências que lhe possibilitam prestar cuidados nos diversos contextos dominados pela emergência de novas doenças, envelhecimento da população, desenvolvimento científico e tecnológico constante, instabilidade das políticas de gestão e, sobretudo, pela consciência da complexidade no qual assenta o processo de cuidar.

Atendendo à diversidade das problemáticas de saúde cada vez mais complexas e, por outro lado, uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência em saúde, o enfermeiro especialista em enfermagem em situação crítica assume-se, de acordo com a OE (2015), como uma mais-valia para a implementação de cuidados de qualidade representando um elemento chave em todo o sistema de saúde.

A prática de enfermagem no contexto de doença crítica é revestida de condições especiais de elevado ritmo e stresse, sendo exigido aos enfermeiros competências específicas para lidar com a complexidade destas situações. Deste modo, a OE emitiu em 2010 o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, onde definiu que os cuidados de enfermagem a estes clientes são altamente qualificados e prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, encontrando-se aqui patente que pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (p.1).

Por outro lado, atendendo ao panorama que se impõe atualmente à saúde relacionado com o avanço da tecnologia e da medicina, e o facto de permitirem o aumento da taxa de sobrevivência a diversos tipos de doença, originou-se como seria de esperar o aumento da sobrevida trazendo o desafio da garantia e manutenção da qualidade de vida daqueles que sofrem de doença crónica avançada e/ou em fase terminal. Neste âmbito emergiram em mim enquanto pessoa e profissional, inúmeras inquietações, que me acompanham nesta missão de cuidar, visto a morte ser um fenómeno natural que nos toca a todos.

Desperto para esta realidade, o Conselho Internacional de Enfermeiros (s.d.) afirmou que os “enfermeiros têm uma preparação única para prestar cuidados compassivos aos doentes terminais e respectivas famílias” e ainda que “ são membros chave das equipas multidisciplinares” uma vez que têm formação especializada nesta área (p.1). No entanto, salientam a importância desta classe profissional se manter atualizada e envolvida nas questões que vão surgindo e que os seus cuidados devem ser holísticos, tendo respeito pela cultura e crenças.

Nesta linha de pensamento Magalhães (2009), afirmou que a enfermagem em cuidados paliativos tem de ser vista como mais que uma atenção aos pormenores básicos, pois isto minimiza a complexidade do trabalho de enfermagem e subestima a competência técnica necessária à prestação de cuidados de qualidade, uma competência resultante da

combinação de conhecimento da doença, do saber clínico e da compaixão. Para se atingir o equilíbrio entre as dimensões humanas e técnica e permitir o desenvolvimento dos enfermeiros nesta área de cuidados de saúde, deverá ser dada uma atenção simultânea ao suporte necessário para a sua realização e ao desenvolvimento de competências.

Consciente desta problemática, a OE emanou em 2011 o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, onde definiu que o enfermeiro é o

profissional de referência que garante a assistência ao doente com doença incurável, crónica avançada ou em fim de vida e à sua família, seja em contexto hospitalar, seja em serviços de saúde na comunidade, maximizando o seu bem-estar, conforto, a sua qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, preservando a sua dignidade e sempre em estreita colaboração com a restante equipa interdisciplinar (p.6).

Terminando o presente capítulo, importa evidenciar que as competências comuns do enfermeiro especialista e as diferenciadas não só ao nível do cuidado à pessoa e família a vivenciar um processo complexo de doença crítica e/ou falência multiorgânica mas também no cuidado à pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, permitem ao enfermeiro intervir de forma particular, contribuindo para o progresso da nossa profissão através de uma prática baseada na evidência, com vista à procura permanente da excelência no cuidar. Assim sendo, o investimento pessoal nesta área constitui mais uma etapa que me permitiu ajustar à realidade, aliando os contributos que emergiram quer da experiência profissional e em contexto de estágio, quer dos conhecimentos adquiridos e revistos no curso.

Os capítulos que se seguem visam traduzir todo o percurso que realizei com vista ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, iniciando-se com o meu primeiro estágio, que está definido no plano de estudos do curso como estágio II, que decorreu na UCIP do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, seguindo-se o estágio I realizado no SU do mesmo hospital e terminando com o estágio III de carácter opcional que efetivou-se na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz.

Posto isto, salvaguardava que a organização da sequência pela qual realizei as práticas clínicas deveu-se a contingências relacionadas com a disponibilidade dos contextos de prática, considerando que foram vários os elementos da turma que requisitaram fazer o estágio no mesmo local. Contudo, realço que a gestão naturalmente feita para a organização e concretização dos estágios não originou qualquer constrangimento para a minha aprendizagem.



## **CAPÍTULO II – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS**



*“É na singularidade das pessoas e seus contextos que se compreende o que é universal no ser humano.”*

Basto e Magão, 2010.

A abordagem à pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos exige o desenvolvimento de competências específicas e altamente diferenciadas, permitindo a implementação de metodologias de trabalho eficazes e eficientes. Deste modo, cabe ao enfermeiro o aperfeiçoamento constante de competências de cariz técnico, científico e relacional, respeitando os valores inerentes à Enfermagem.

O Estágio II decorreu na UCIP do Hospital Dr. Nélío Mendonça, no período compreendido entre 11 de abril e 8 de maio do ano de 2016, tendo-me sido proposto a definição de um conjunto de objetivos gerais, específicos e respetivas atividades, de modo a otimizar a organização e progressão da prática clínica, com o intuito de incrementar o desenvolvimento das competências definidas pelo plano de estudos da escola e pela OE.

Localizada no andar técnico e também no 1º andar poente do Hospital Dr. Nélío Mendonça, a UCIP é a única existente na Região Autónoma da Madeira dando assistência simultaneamente aos doentes provenientes da ilha da Madeira e Porto Santo, com uma lotação de 11 camas, caracterizando-se por ser o local qualificado para assumir a responsabilidade integral pelos doentes críticos, prevenindo, suportando e revertendo falências com implicações vitais. De acordo com o portal do SESARAM (s.d.) a sua missão é a de “melhorar a saúde e o bem-estar dos doentes em estado crítico através da prestação dos melhores cuidados de saúde, da promoção e participação na investigação da ciência clínica aplicada e da formação de médicos e enfermeiros na área do intensivíssimo”.

A escolha desta unidade para a realização do estágio resultou da ponderação entre diversos fatores, dos quais salientava o meu interesse acrescido em conhecer a realidade da UCI da instituição para a qual trabalho, por ser uma unidade de referência nacional acreditada pelo modelo ACSA da Direção Geral da Saúde e devido também à existência de um capital humano multiprofissional diferenciado destacando a presença de 16 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

Baseada nas minhas ambições, nos objetivos previamente traçados e competências especializados em enfermagem definidos pela OE, orientei toda a minha prática clínica com vista à aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica. Deste modo, serve o presente capítulo para objetivar e refletir sobre o

caminho que percorri ao longo do estágio II, encontrando-se organizado segundo os objetivos gerais e específicos que foram por mim definidos servindo de base para a análise e reflexão das competências desenvolvidas.

### **2.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados**

Com uma atitude de abertura à aprendizagem permanente, como necessidade de me desenvolver e manter atualizada no conhecimento e na técnica, mas também no aprofundar de temáticas de natureza ética de elevada exigência relativas à pessoa em situação crítica e a sua família, estruturei a minha prática em cuidados intensivos que se concretizou em torno do objetivo geral que se segue e dos nove objetivos específicos a ele associados.

**Objetivo geral:** desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e ético-deontológicas como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, no contexto de cuidados intensivos.

- a) Fortalecer habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de cuidados intensivos.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada, com o objetivo de conhecer a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. A intervenção face à pessoa em situação crítica implicou a nível pessoal um aprofundamento de conhecimentos assente na pesquisa bibliográfica, consulta de protocolos/procedimentos do serviço e discussão na prática com o enfermeiro tutor.

A aquisição de metodologias de trabalho eficazes, assentes na responsabilidade, observação, reflexão, organização e definição de prioridades, impôs-se naturalmente permitindo antecipar/reagir/intervir em situações inesperadas e complexas desenvolvendo a minha capacidade de prescrever, implementar e avaliar intervenções de enfermagem que contribuíram para minimizar os efeitos indesejáveis de problemas potenciais na pessoa

doente. Esta metodologia encontra-se em consonância com o preconizado pela OE (2015) onde se verifica que a prescrição de intervenções de enfermagem especializadas face aos focos de instabilidade/problemas potenciais identificados associa-se ao rigor técnico/científico na implementação das intervenções, com vista à procura permanente da excelência no exercício profissional.

Na UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça os registos de enfermagem são realizados numa folha própria que permite uma visualização global da evolução clínica do doente internado durante as 24 horas. Constatei que da folha consta o registo gráfico dos parâmetros vitais, o registo do volume das saídas (drenagens de drenos, sondas, entre outras), das entradas (terapêutica prescrita em perfusão, bólus e em SOS), dos balanços hídricos parciais e totais, o registo da modalidade de ventilação e dos respetivos parâmetros ventilatórios e ainda uma parte destinada a observações onde são colocadas informações relevantes sobre os cuidados implementados nesse dia. Preenchi regularmente este documento conforme o preconizado no serviço, sendo este um instrumento efetivo da prática, assegurando a monitorização do estado clínico da pessoa e a continuidade de cuidados.

Uma das atividades desenvolvidas na UCIP foi a participação nas passagens de turno, nas quais pude verificar que se materializam como um momento que assegura a continuidade dos cuidados através da transmissão verbal de informação, visando promover a melhoria contínua da intervenção do enfermeiro através da partilha de outras informações de natureza técnico-científica, que permitem uma análise e reflexão sobre a prática. Estas são realizadas individualmente junto à unidade funcional do doente e após é transmitida a informação aos restantes membros da equipa para a partilha e discussão de situações pontuais.

Contudo, e embora seja um momento dedicado à passagem de informação sobre a pessoa doente, tentei sempre salvaguardar os princípios éticos e a privacidade da informação respeitante a cada caso, em consonância com o emanado no Código Deontológico dos Enfermeiros, alínea b) do art.º 85º, relativo ao dever de sigilo onde consta que se deve apenas partilhar informação “com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (p.78).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015) a promoção do potencial de saúde da pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica ou

falência orgânica é um dos aspetos a ter em atenção. Neste sentido, salientava que embora na minha prática não tivesse a possibilidade de efetivar o processo de alta, atendi a que este não é um momento estanque colaborando sempre no seu planeamento de acordo com as necessidades da pessoa através do envolvimento da sua família, com vista à adaptação de todos os seus membros, culminando num *coping* eficaz destes.

Neste contexto, a continuidade dos cuidados foi assegurada através do empenho no ensino à família e o incentivo ao seu envolvimento, face às novas necessidades decorrentes do processo de doença, dando especial ênfase aos recursos existentes na comunidade que poderiam auxiliar em todo o processo consequente de readaptação funcional.

No cuidar da pessoa em situação crítica é indiscutível que o processo de enfermagem assume-se como um instrumento não só de trabalho mas também de aprendizagem, que contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados, na procura permanente da excelência no exercício profissional, permitindo ao enfermeiro a possibilidade de personalizar o pensamento, planear as intervenções adequadas e avaliar o resultado da implementação dessas mesmas.

Nesta lógica, encontra-se descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015) a importância da “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas (...)” (p.8).

Neste sentido, realizei um estudo caso fundamentado referente à pessoa acometida de choque séptico e a sua família, que me permitiu debruçar sobre os focos de atenção específicos no doente crítico a vivenciar um processo de doença aguda com falência multiorgânica associada, resultando no levantamento de diagnósticos relevantes que culminaram no planeamento, implementação de cuidados complexos e individualizados.

Já em 2005, Le Boterf referia que a formação centrada na resolução de problemas e estudos caso, permite aprender a combinar vários recursos em diversos campos disciplinares, de modo a analisar e resolver uma situação problema, contribuindo para a excelência ao conduzir ao saber combinatório.

Os cuidados de enfermagem ao doente com choque séptico são complexos e de grande responsabilidade, e na ótica de Saraiva (2012), estes requerem uma profunda compreensão da fisiopatologia da doença e dos efeitos das intervenções implementadas.

Como tal, o fundamento teórico e científico das situações patológicas é essencial para o pronto reconhecimento dos sinais e sintomas e para uma prática de cuidados especializados, em equipa multiprofissional.

Posto isto, com o decorrer do estágio e com a realização do estudo de caso referido anteriormente, constatei que na sepsis a presença de alterações hemodinâmicas é frequente, sendo que estas acarretam fundamentalmente um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigénio pelos tecidos, podendo resultar na disfunção e na morte celular. Por conseguinte, importa ao enfermeiro compreender e intervir eficazmente na otimização do fornecimento de oxigénio, no suporte dos órgãos disfuncionantes (com ênfase no caso estudado para a função renal) assim como no controlo agressivo do foco infeccioso.

Face ao descrito, considero que através do recurso ao processo de enfermagem pude não só desenvolver as seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica *“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* e *“gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”*, mas também evidenciá-las, através desta metodologia que proporciona uma linguagem comum à prática, dando visibilidade ao trabalho do enfermeiro, unificando assim a profissão de enfermagem e contribuindo para a excelência dos cuidados.

Toda a pesquisa e reflexão inerente á execução de um trabalho deste cariz, e a partilha posterior que houve através da apresentação e discussão em sala de aula do estudo caso aos colegas da turma, permitiu que demonstrasse o desenvolvimento de diversas competências comuns do enfermeiro especialista das quais destacava *“avalia o processo e os resultados da tomada de decisão”*, *“otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”* e *“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade”* (OE, 2010, p.5,8 e 10).

- b) Aprofundar conhecimentos e competências na gestão da dor e sedação da pessoa em situação crítica em contexto de cuidados intensivos.

A dor representa um mecanismo de defesa do organismo, funcionando como “sinal de alarme”, acarretando alterações não só do sistema imunitário, endócrino e nervoso, mas também da qualidade de vida. O reconhecimento da sua existência e a sua avaliação regular são os passos essenciais para a otimização da analgesia e o seu alívio.

Quando iniciei o estágio II senti dificuldade em avaliar a dor na pessoa com alteração do estado de consciência associada à sedação. Várias foram as vezes que me questionei sobre: “como irei explicar os procedimentos a realizar a este doente ou como posso saber se têm dor; se quer adotar uma posição mais confortável, se consente ou não o que lhe estou a fazer?”. Com vista a ultrapassar este constrangimento, fui analisando a prática do enfermeiro tutor com especial foco nas formas de compreender se o doente sedado apresentava dor ou tinha outro qualquer motivo de desconforto, mediante a análise da própria clínica do doente e alterações nos parâmetros vitais.

Neste âmbito realizei pesquisa bibliográfica sendo que salientava a consulta do documento intitulado Plano Nacional de Avaliação da Dor da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e elaborei uma reflexão crítica com base na metodologia do ciclo de GIBS intitulada de “Avaliação da dor na pessoa com incapacidade em comunicar”.

A realização da reflexão citada contribuiu para compreender que embora avaliar seja uma intervenção simples e de baixo custo, assume-se como complexa e difícil em pessoas que estão inconscientes ou sedadas impossibilitando-as de comunicar verbalmente. Apreendi assim que nestas situações a avaliação deve ser feita por meio subjetivo da observação de comportamentos, recorrendo a escalas validadas, nomeadamente à Behavioral Pain Scale (BPS) no contexto regional.

A monitorização da dor em todas as suas vertentes é um procedimento preponderante em cuidados intensivos, sendo que pela experiência decorrente estágio II verifiquei que a dor no doente crítico é comum e a sua gestão representa um desafio. Esta pode ser gerada ou exacerbada pela patologia, pela imobilidade, pelos procedimentos invasivos e pelas intervenções de enfermagem. Por este motivo, a titulação correta da analgesia é fundamental, na medida em que permite otimizar a mecânica ventilatória, proporciona cuidados de qualidade e conforto, aumentando a tolerância, colaboração e confiança da pessoa doente no tratamento a que se encontra submetido.

Neste estágio recorri à BPS como instrumento de avaliação da dor na pessoa com incapacidade de comunicar de forma verbal ou motora, sendo esta a escala que se encontra implementada na UCIP. Segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) esta foi concebida por Payen et al. e abrange três indicadores: a expressão facial, o tónus dos membros superiores e a adaptação à ventilação. Um score na BPS igual ou superior a quatro significa que o doente tem dor e implica uma intervenção de alívio.

Com base no artigo 76.º do Código Deontológico do Enfermeiro, alínea a), em que consta que o enfermeiro tem o dever de “exercer a profissão com os adequados



conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adaptando as medidas que visem melhorar os cuidados e serviços de enfermagem”(p.30) e no artigo 9.º do REPE onde se pode observar que as intervenções autónomas são “as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais(...)” (p.102), importa dar visibilidade à abrangência dos cuidados prestados pelo enfermeiro, também neste âmbito do controlo da dor, evidenciando a importância de estarmos despertos para as intervenções autónomas que realizamos diariamente.

Assente nesta problemática, no ano de 2012, Gélinas, Arbour, Robar, e Coté levaram a cabo um estudo com o objetivo de descrever as perspetivas dos doentes, familiares e enfermeiros sobre a utilidade, relevância e viabilidade das intervenções não-farmacológicas para o tratamento da dor na UCI.

De acordo com os autores, este é o primeiro estudo de investigação a descrever as perspetivas dos doentes, familiares e enfermeiros sobre a utilidade, relevância e viabilidade de intervenções não farmacológicas para o tratamento da dor na UCI, concluindo que: a musicoterapia, a distração, a massagem simples e a facilitação da presença familiar foram as intervenções não farmacológicas referidas com maior incidência para o tratamento não farmacológico da dor na UCI; alguns doentes, familiares e enfermeiros mostraram interesses diferentes em relação a certas intervenções, isto é, os doentes/membros da família davam ênfase principalmente à escuta ativa, a orientação para a realidade e o apoio à comunicação, enquanto os enfermeiros falavam principalmente do ensino e do posicionamento.

Em contexto de cuidados intensivos a necessidade de sedação no doente crítico é uma realidade e surge associada a técnicas de diagnóstico e terapêutica, visto serem maioritariamente desconfortáveis e dolorosas. Assim, a sedação permite manter os doentes mais confortáveis, com melhor tolerância aos procedimentos e ainda manter o equilíbrio sensorial, tratar a ansiedade, o pânico ou o delírio.

Pela experiência decorrida da prática clínica, verifiquei que o midazolam e o propofol são os fármacos de utilização mais generalizada atendendo às suas capacidades hipnóticas e sedativas. Contudo, estes fármacos exigem do enfermeiro uma vigilância apertada dos efeitos colaterais, principalmente em doentes hemodinamicamente instáveis, dadas as suas características hipotensoras.

Na monitorização da sedação utilizei a Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), em consonância com o que é feito na UCIP, tentando diariamente otimizar e gerir

a necessidade de sedação, para que com a maior brevidade pudesse ser iniciado o desmame em função da situação clínica de cada pessoa. Posto isto, a titulação correta da sedação é fundamental, na medida em que o uso excessivo pode acarretar graves consequências para a pessoa doente e para a instituição, com aumento do tempo de internamento hospitalar, baixa satisfação da pessoa a curto e longo prazo, possibilidade de ocorrência de sequelas psicológicas e/ou cognitivas e o aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos associados.

Terminando a análise e reflexão sobre o objetivo definido, salientava que apesar de já ter a compreensão dos mecanismos geradores de dor, a sua avaliação em pessoas com incapacidade em comunicar representou uma dificuldade na minha prática clínica e uma oportunidade para aperfeiçoar competências nesta área e também na gestão da sedação da pessoa doente em contexto de cuidados intensivos. Assim, toda a pesquisa, intervenção e reflexão imposta neste âmbito contribuíram para a aquisição de estratégias que resultaram numa melhor gestão não só da dor mas também da sedação do doente crítico.

Em suma, todo o conhecimento aprofundado na componente teórica das aulas do mestrado aliado à realização de pesquisa científica aprofundada na temática, identificação de sinais e sintomas, a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas e a avaliação da eficácia das mesmas, subsidiaram o desenvolvimento de competências que estão em consonância com a unidade de competência *“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas”*, contribuindo para a efetividade do controlo da dor e o compromisso com a excelência no cuidar (OE, 2010, p.3).

- c) Adquirir competências no cuidar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

A revisão dos diferentes modos de ventilação mecânica, assim como os parâmetros ventilatórios a ser tomados em consideração na programação de uma determinada modalidade, para que o ventilador dê resposta às necessidades do doente, foi para mim um fator determinante na conquista de confiança e alguma autonomia na manipulação destes equipamentos e na relação terapêutica com o doente.

A auscultação pulmonar constitui uma ferramenta fundamental na avaliação específica da ventilação. Por este motivo treinei e implementei esta técnica, recorrendo sempre à validação dos dados auscultados com o tutor de modo a desenvolver

competências sustentadas nesta área. A partilha de informações e discussão de situações com o enfermeiro especialista em reabilitação também mostrou-se ser uma mais-valia, visto serem um membro da equipa bem colocado neste plano.

O momento do desmame ventilatório nos cuidados intensivos foi também ele de extrema importância no meu processo de aprendizagem, verificando que o enfermeiro assume um papel determinante no sucesso do desmame, ao intervir na vigilância e avaliação contínua do padrão respiratório evolutivo e consequentes alterações hemodinâmicas do doente.

De acordo com, Tingsvik, Johansson e Martensson (2014), o desmame da ventilação mecânica é um processo em que o enfermeiro de cuidados intensivos participa tanto no planeamento como na implementação. Nesta lógica, os autores anteriormente citados realizaram um estudo com o objetivo de descrever os fatores que influenciam a tomada de decisão dos enfermeiros aquando o desmame da ventilação mecânica da pessoa em situação crítica.

Por conseguinte, os autores verificaram que a avaliação global da pessoa submetida a ventilação invasiva feita pelo enfermeiro de cuidados intensivos foi o principal fator que influenciou a tomada de decisão para o desmame do ventilador, sendo este um processo contínuo constituído por três fatores (a perspetiva do doente, o seu estado físico e mental). Mediante a análise dos dados, o estudo concluiu que a avaliação global individual do doente quando realizada pelo enfermeiro possibilita um processo de desmame mais eficaz e com redução do sofrimento potencial associado, criando consciência do impacto da cultura do cuidado no processo de tomada de decisão.

No decorrer do estágio interpretei e intervim nas várias situações alarmadas pelo ventilador, sabendo de antemão que estes poderiam traduzir situações que comprometessem a eficácia da ventilação, quer relacionadas com uma avaria do próprio aparelho quer com uma possível desadaptação do doente, prevenindo a ocorrência de complicações associadas que podem ser letais.

Ainda neste sentido, a monitorização da pessoa submetida a ventilação mecânica foi de primordial importância, motivo pelo qual a integração de uma interpretação dos dados provenientes dos meios de monitorização aliada a uma vigilância e observação clínica atenta, despistando sinais de inadaptação do doente como taquipneia, taquicardia, adejo nasal e recurso aos músculos acessórios da respiração, permitiu-me identificar e implementar intervenções com vista à melhoria do estado de saúde.

Face à análise deste ponto, resta-me destacar que a participação direta na prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva, utilizando todos os procedimentos inerentes a esta técnica e mediante o incremento de conhecimentos através pesquisa bibliográfica sobre a temática, foi um decisivo momento de aprendizagem na UCIP, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais no cuidar da pessoa em situação crítica cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, adquirindo deste modo competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica que respondem aos seguintes critérios definidos pela OE (2010): *“identifica precocemente focos de instabilidade”*; *“responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade”*; *“implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações”*; *“monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados”* (p.3).

- d) Adquirir competências no cuidar do doente com monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015), a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes são de importância máxima ao cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica sendo uma competência das competências clínicas especializadas.

Segundo Azaredo e Oliveira (2013) a monitorização invasiva acarreta riscos para o paciente crítico, que além de se encontrar numa situação de fragilidade, fica exposto a um risco aumentado de complicações decorrentes da introdução de um corpo estranho ou do seu incorreto posicionamento. Assim, é de extrema importância que o enfermeiro seja conhecedor das diferentes técnicas de monitorização invasiva, devendo a avaliação do doente ser rigorosa, organizada e individualizada, para que sejam evidentes pequenas alterações e para que se identifiquem as reações físicas e psicológicas do organismo.

No meu entender, os conhecimentos adquiridos através das pesquisas realizadas e observação do enfermeiro tutor na prestação de cuidados permitiu-me aquando a prestação de cuidados aos doentes com monitorização hemodinâmica assegurar a rápida deteção da alteração de parâmetros clínicos e a avaliação precisa da resposta do doente à terapia instituída. Contudo, apesar de toda a tecnologia avançada disponível, aliei aos cuidados que prestei uma observação clínica, objetiva e atenta da pessoa no seu todo, com um

especial ênfase neste contexto aos sinais de hipoperfusão (extremidades frias, perfusão da pele alterada, tempo de preenchimento capilar aumentado, pulso periférico fraco, oligúria confusão, entre outros).

Nesta linha de pensamento, ao longo do estágio identifiquei complicações no estado de saúde do doente com base nos achados provenientes da monitorização, e reconheci que os dados da monitorização têm pouco significado se não forem somados a sinais físicos e analisados de forma crítica pelo enfermeiro. Referenciei situações problemáticas para outros profissionais da equipa multidisciplinar, atuando em complementaridade no processo de cuidados à pessoa em situação crítica.

Como exemplo, recorro da situação de um Sr. que prestei cuidados na UCIP por choque séptico secundário a pneumonia, que após vários dias de internamento sofre agravamento do quadro de doença com a ocorrência de pneumotórax associado. Aqui efetivei que as tecnologias disponíveis são adjuvantes dos dados que o enfermeiro colhe através do exame físico e de uma observação atenta, visto que o primeiro sinal de ocorrência da complicação foi detetado através da palpação, verificando a presença de enfisema subcutâneo na região torácica com maior acentuação no hemitórax esquerdo, e com a auscultação pulmonar que revelou diminuição murmúrio vesicular no 1/3 inferior do hemitórax esquerdo.

Perante o quadro alertei e referenciei a equipa, sendo que após a realização de radiografia e gasometria arterial, confirmou-se a ocorrência de pneumotórax com presença de alcalose respiratória, hipocapnia e hipoxemia associada, dando-me a possibilidade de estabelecer um paralelo entre os dados físicos recolhidos e as evidências obtidas através da tecnologia numa segunda instância.

Tendo em consideração todos os aspetos mencionados anteriormente, reconheço que toda a experiência contribuiu para a aquisição de competências diferenciadas, não só na gestão da monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, como na otimização e utilização da informação proveniente da mesma com rigor técnico/científico com vista à implementação de intervenções especializadas, que respondem entre outras à unidade de competência *“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* (OE, 2010, p.3).

- e) Adquirir competências na gestão de protocolos terapêuticos complexos.

Segundo a OE (2015), o enfermeiro especialista na procura permanente da excelência do exercício profissional previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência multiorgânica. Esta responsabilidade do profissional engloba aspetos como, a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade, a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida e a gestão adequada de protocolos terapêuticos complexos.

Previamente à implementação e gestão de protocolos terapêuticos complexos consultei os existentes na UCIP, e aliei a esta consulta pesquisa bibliográfica na matéria. Em seguida destaco alguns dos protocolos terapêuticos que implementei no estágio II, que contribuíram para que desenvolve-se conhecimentos e habilidades múltiplas respondendo à unidade de competência “*gere a administração de protocolos terapêuticos complexos*” (OE, 2010, p.3).

O primeiro protocolo que consultei neste âmbito relaciona-se com a reposição de potássio, sendo que na UCIP do Hospital Dr. Nélio Mendonça a monitorização do potássio sérico é feita de acordo com protocolo de 4/4 horas, através da colheita de sangue arterial para gasometria.

Para Scotto, Fridline, e Menhart (2014), a pessoa em situação crítica encontra-se particularmente suscetível à perda de potássio. As condições que promovem a perda de potássio nestes casos incluem a resposta ao stresse, o recurso à ventilação mecânica, a hipertensão, a diarreia e as múltiplas drenagens. A prática atual em cuidados intensivos baseia-se em protocolos de reposição de potássio após a presença de hipocalemia, através de bólus de potássio criando riscos para o doente e aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros. Foi com base nesta preocupação que realizaram um estudo que teve como principal objetivo determinar se a administração preventiva de potássio no fluido intravenoso de manutenção prevenia episódios de hipocalemia, reduzindo a necessidade de administrar bólus de potássio.

Após uma análise atenta dos dados, os autores supracitados concluíram que os doentes com níveis normais de potássio e creatinina na admissão beneficiaram de uma dose intravenosa de manutenção de potássio de 72 a 144 mmol / L por dia, em comparação com os doentes de controlo, os doentes que receberam esta dose evitavam eventos hipocalemicos prejudiciais, tiveram necessidade de menos procedimentos invasivos,

reduziram a carga de trabalho do enfermeiro e os custos associados ao tratamento foram inferiores comparativamente aos restantes.

No que concerne á administração em perfusão de insulina esta encontra-se protocolada na unidade e é feita através da infusão de NaCl 0,9% + 50 UI de insulina de ação rápida, de acordo com critérios bem definidos que orientam o valor do débito e a necessidade de suspensão da perfusão.

Relativamente a este assunto, Preston, Layer, Lloyd, e Padkin (2006) constataram no seu estudo que esta é uma ferramenta eficaz para e manter o nível de glicose no sangue do doente crítico dentro do intervalo alvo, assumindo que a chave para o sucesso desta intervenção é a monitorização horária, de modo que as mudanças na glicémia, que ocorrem rapidamente neste contexto, possam obter uma resposta pronta.

No que se refere à nutrição esta deve ser estabelecida o mais precocemente possível, tendo em vista não só prover de calorias e nutrientes mas também promover dos seus efeitos benéficos no intestino, até mesmo em pequenos volumes. Doig et al. (2013) no seu artigo intitulado “*Early parenteral nutrition in critically ill patients with short-term relative contraindications to early enteral nutrition*”, refere como benefícios do estabelecimento da nutrição no doente crítico a preservação a barreira da mucosa intestinal, a minimização os efeitos imunossupressores da desnutrição, a prevenção da colonização por agentes agressivos no intestino e minimização dos efeitos do catabolismo.

Neste sentido na UCIP onde estagiei existe um protocolo da nutrição entérica e sempre que adequado implementei o mesmo estando desperta para os seus efeitos na pessoa de modo a poder atuar em caso de complicações, sendo que as mais frequentes relacionam-se com a distensão abdominal, a presença de resíduos gástricos, vômitos e diarreia (5 dejeções líquidas nas 24 horas ou volume de fezes superior a 2000 ml/dia).

Também, pude verificar a existência de um protocolo intitulado: hipotermia terapêutica induzida. Sobre esta temática Feitosa-Filho, Sena, Guimarães, e Lopes (2009), realizaram um artigo de revisão intitulado “Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspetos práticos” onde afirmaram que os sobreviventes de paragem cardiorrespiratória frequentemente apresentam lesão cerebral isquémica que está associada a piores *outcomes* neurológicos e óbito. O recurso à redução da temperatura corporal melhora os desfechos entre os sobreviventes comatosos após manobras de reanimação, e encontra-se definida como uma redução controlada da temperatura central dos doentes com objetivos terapêuticos pré-definidos.

A melhor técnica para manter a temperatura corporal dentro dos níveis pré-definidos será sempre aquela que nos faz atingir a temperatura alvo de modo mais rápido e prático sem oferecer lesões com o procedimento. Neste âmbito, na UCIP identifiquei o recurso à implementação de arrefecimento ambiental, banho corporal com água fria, aplicação de bolsas de gelo, lavagem gástrica e infusão com fluídos arrefecidos.

Um outro aspeto que importa salientar, relaciona-se com a gestão de fármacos vasoativos e a necessidade que senti de atualização e integração de conhecimentos nesta matéria com recurso á consulta bibliográfica. Constatei que a dopamina, dobutamina e noradrenalina são de utilização mais frequente, atendendo às suas capacidades simpaticomiméticas com ação cardíaca e vascular.

Em doentes hemodinamicamente instáveis e dependentes de vasopressores, em que é muito comum a sensibilidade à troca de seringa, aprendi que além da vigilância dos parâmetros vitais no controlo dos efeitos secundários, também devem ser preparadas seringas suplentes para evitar flutuações hemodinâmicas, difíceis de reverter. Da minha experiência, verifiquei que caminho a percorrer é contínuo na procura de conhecimento, habilidade e autonomia para gerir estes fármacos, ajustando o débito de perfusão consoante a avaliação dos parâmetros vitais e da própria clínica do doente.

Após a análise das atividades desenvolvidas de forma a responder ao objetivo específico assente neste ponto, considero que os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas contribuíram efetivamente para o desenvolvimento de capacidades que me permitem atuar eficazmente perante a pessoa cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de umas ou mais funções vitais, tendo por base a gestão de protocolos terapêuticos complexos.

- f) Fortalecer conhecimentos e competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

No ano de 2012 foi publicado pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) um relatório de vigilância realizado no período de tempo compreendido entre o ano de 2011 e 2012 ao qual intitularam “*Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*”, chegando a diversas conclusões que importam ser destacadas, visto a prevalência das infeções associada aos cuidados de saúde (IACS) ter sido maior nos doentes admitidos nas UCI,



onde 19.5% dos doentes tiveram pelo menos uma IACS comparativamente aos 5.2% de média de todas as outras especialidades combinadas.

De acordo com o mesmo estudo, foi estimado que diariamente nas unidades de cuidados intensivos dos hospitais europeus existam 81089 doentes com IACS, sendo que o número anual deste tipo de infeções ronda as 3,2 milhões de pessoas pelo que os focos infecciosos mais frequentes nas UCI europeias foram as infeções do trato respiratório e as infeções da corrente sanguínea. Ainda destacava que a prevalência de doentes que receberam pelo menos um agente antimicrobiano situou-se nos 35.0%, verificando-se globalmente que o recurso a antibioterapia foi menor na psiquiatria (3.5%) e maior nos cuidados intensivos (56.5%).

Posto isto, o estágio desenvolvido no âmbito de cuidados intensivos permitiu-me solidificar os conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas do curso através da consulta de planos e normas que visam o controlo da infeção hospitalar e aplica-los no contexto da prática. Deste modo, consultei os protocolos do serviço sobre a pneumonia associada à intubação, a infeção relacionada ao cateter venoso central, a infeção sintomática do trato urinário associada ao uso de sonda vesical e o controlo da infeção por MRSA. Após conhecer os procedimentos relativos à prevenção e controlo de infeção associados à prestação de cuidados de saúde apliquei as estratégias preconizadas, procedendo à posterior avaliação e registo das medidas implementadas.

Assim, destaco algumas medidas que adotei com o intuito de prevenir a infeção associada ao ventilador, visto a ventilação mecânica invasiva não ser uma realidade no serviço de medicina interna onde trabalho atualmente. Desta forma, sublinhava a implementação das seguintes intervenções: gestão diária da sedação, reduzindo-a para um nível de tolerância mínimo adequado ao necessário para o tratamento; avaliação diária em equipa da possibilidade de iniciar o desmame ventilatório, com o intuito de proceder à extubação logo que exequível; manutenção da cabeceira da cama elevada a um grau igual ou superior a 30° de acordo com o estado clínico do doente; manutenção dos circuitos ventilatórios, procedendo à sua substituição apenas quando sujos ou disfuncionantes; execução da higiene oral com glucanato de clorhexidina a 0.2% de 4 em 4 horas; aspiração mecânica das secreções subglóticas e a gestão da pressão do balão do tubo endotraqueal entre os 20 e 30 cmH<sub>2</sub>O.

Em virtude do exposto e com base na minha prática constatei que me foi reconhecido pela equipa conhecimentos e competências nesta área específica do controlo da infeção, uma vez que transpus para o contexto as mais recentes *guidelines* e

recomendações, implementando procedimentos compatíveis com a evidência científica atual maximizando a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional face á complexidade das situações e á necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, considero que respondi eficazmente na prevenção e controlo de infeção em concordância com as competências definidas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, das quais salientava: *“demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infecção e das directivas das Comissões de Controlo de Infecção”*; *“estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão (...)”*; *“faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção”* (OE, 2010, p.4).

- g) Aperfeiçoar competências comunicacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica.

As UCI primam pela prestação de cuidados diferenciados, associados a uma sofisticada tecnologia e a recursos humanos altamente especializados. A gravidade do estado clínico, bem como toda a dinâmica de meios tecnológicos e procedimentos invasivos, culminam em eventos de elevada complexidade. Toda esta envolvência coloca a pessoa em risco de perda de identidade, pois encontra-se envolvida por um conjunto de artifícios que a agriem, descaracterizam e alteram a imagem corporal.

Através da realização de pesquisa bibliográfica e aliada à prática em contexto clínico pude verificar a dimensão da gestão da comunicação interpessoal e da informação à pessoa e família face à complexidade da vivência do processo de doença, assumindo deste modo a importância da implementação de técnicas de comunicação que são facilitadores da relação terapêutica, como a escuta ativa e a empatia.

Verdadeiramente o ambiente complexo e muitas vezes restritivo que se vive em cuidados intensivos, promove o distanciamento da pessoa doente da sua família, sendo que a atenção reduzida à família pode ser geradora de sofrimento perante a incerteza e as possibilidades de perda. Neste sentido, Bettinelli e Erdmann (2009) afirmam que a experiência de internamento em cuidados intensivos é muito dolorosa para a família, pois existe a possibilidade nítida da perda de seu ente querido. Acreditando numa enfermagem cada vez mais competente e fundamentada na relação com o outro, os autores defendem

que o “conhecimento técnico deve ser complementado com o conhecimento e as sensibilidades inerentes a condição humana no cuidado” (p.17).

Posto isto, a integração das diversas facetas do cuidar da pessoa atendendo à sua individualidade, exige que o profissional esteja sensível à globalidade da condição humana, o que efetivamente não é fácil num ambiente científico alicerçado na objetividade. Neste contexto, senti como primordial a necessidade de aliar o conhecimento técnico-científico e o domínio da tecnologia, à humanização e individualização dos cuidados. Ao longo do estágio reforcei no meu íntimo que o envolvimento e a atenção à família são essenciais, sendo que o cuidar desta foi para além do conhecimento, e relacionou-se com a capacidade de solidariedade, criatividade, empatia e sensibilidade, através do estabelecimento de uma relação terapêutica com todos os elementos envolvidos.

Mediante o exposto, comprovei que um dos momentos privilegiados para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a família é sem dúvida o acolhimento. Na UCIP do Hospital Nélcio Mendonça esta é uma preocupação dos enfermeiros, tendo tido a oportunidade de colaborar e participar ativamente neste âmbito. Assim, aquando o acolhimento o enfermeiro recebe sempre o familiar á porta do serviço, apresenta-se e manifesta o seu interesse e disponibilidade, deixando abertura para o familiar relatar as informações que considera pertinentes e expressar suas preocupações, dando a possibilidade ao enfermeiro de direcionar a sua intervenção para as suas necessidades específicas. Após, o familiar é guiado pelo enfermeiro até á pessoa doente, tentando-se aqui assegurar um momento reservado entre eles. Na saída é também acompanhado pelo enfermeiro responsável, dado que pela experiência decorrente da prática esta é uma altura em que a família coloca algumas questões e verbaliza os seus medos.

Em suma, após toda a reflexão inerente à prática enfatizava que no caso particular dos cuidados intensivos existem várias condições específicas inerentes à condição da pessoa doente que podem influenciar a comunicação como por exemplo a presença de tubo endotraqueal e o estar submetido a sedação, o que exigiu da minha parte uma sensibilidade acrescida na procura de alternativas que humanizassem e individualizassem a relação. Ainda que não pudesse obter resposta verbal por parte do outro, procurei alternativas como o toque, o estar presente, o incentivo do recurso a gestos, o fornecimento de papel e caneta ou até mesmo o simples ato humanizante de ir fornecendo informações e explicações à pessoa sobre os procedimentos e cuidados que lhe prestava.

Por todo o meu empenho tendo em vista a minimização do impacto negativo na pessoa em situação crítica e na sua família provocado pelo processo de doença, recorrendo

á pesquisa e observação como instrumento de aprendizagem, e á comunicação como ferramenta de intervenção eficiente e facilitadora da relação terapêutica, considero que desenvolvi competências diferenciadas que visam a humanização dos cuidados, na procura permanente da excelência do exercício profissional, refletindo o desenvolvimento das seguintes unidades de competência: *“assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”*, *“gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”* e *“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”*. (OE, 2010, p.3).

- h) Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em final de vida e à sua família, no contexto de cuidados intensivos.

Atualmente os avanços técnicos de suporte multiorgânico permitem salvar vidas que antigamente estariam certamente num decurso irreversível de morte, contudo a par destes progressos da medicina intensiva, emergem novos problemas que se relacionam com a limitação do esforço terapêutico.

Na perspetiva de Gross (2006), as UCI estão vocacionadas prioritariamente para a recuperação da pessoa doente, utilizando aparelhos complexos e exigindo uma aquisição de competências predominantemente de domínio técnico. Quando o propósito dos cuidados muda de curativos para cuidados em fim de vida os enfermeiros da UCI sentem-se por vezes pouco preparados e desconfortáveis, manifestando um sentimento de inadequação.

De modo a atingir o objetivo a que me propus, realizei diversas pesquisas bibliográficas na procura ativa de perceber qual a abrangência do cuidar da pessoa em fim de vida em diversos contextos, e em particular nas unidades de cuidados intensivos. Devido ao meu interesse acrescido neste âmbito refleti com o enfermeiro tutor no contexto de prática clínica e realizei uma reflexão crítica com recurso à metodologia do ciclo de GIBS, com o propósito de perceber qual a ligação entre os cuidados intensivos e os cuidados à pessoa em fim de vida e que estratégias o enfermeiro deve adotar para intervir com excelência neste âmbito.

Através da reflexão supramencionada, que intitulei de “O Fim de Vida em Cuidados Intensivos”, pude verificar que quando todas as possibilidades de reverter o quadro de doença foram utilizadas e a pessoa não manifesta melhoria encontrando-se num processo de morte inevitável, cabe ao enfermeiro o dever de agir de acordo com os valores inerentes à sua ética e deontologia profissional, com respeito pela dignidade da pessoa que está efetivamente em fim de vida. Todo este processo ajudou-me a pensar na minha prestação de cuidados e compreender o que eu, enquanto enfermeira, posso fazer pelo outro e com o outro, para minimizar o seu sofrimento contribuindo para que se sinta compreendido e respeitado, com o desígnio de promover a máxima qualidade de vida no tempo de vida que resta.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2015), cabe ao enfermeiro especialista a utilização de habilidades de relação de ajuda facilitadoras dos processos de luto e morte digna. Tendo isto em linha de conta e de forma a conhecer a realidade na UCIP do hospital Dr. Nélio Mendonça e as vivências dos profissionais nesta área específica conversei com diversos enfermeiros do serviço, de modo a reconhecer quais as suas dificuldades e quais as estratégias que implementavam de modo a garantir a humanização do cuidar de enfermagem à pessoa em fim de vida e à sua família.

Desta forma, verifiquei que vários enfermeiros identificaram como barreira ao cuidado à pessoa em fim de vida e à sua família a estrutura arquitetónica da unidade que limita a privacidade que pode ser oferecida, a discordância relativamente ao plano de cuidados mais concretamente às medidas terapêuticas instituídas e a dificuldade na comunicação com os membros da família.

No que concerne às estratégias vistas como facilitadoras do cuidado à pessoa em fim de vida e à sua família neste contexto, foi evidenciada a importância dada à remoção de medidas terapêuticas desproporcionadas face ao quadro de morte inevitável, a implementação de intervenções que maximizassem o conforto e ainda foi transversal a diversos enfermeiros a referência ao recurso ao protocolo de Buckman como instrumento fundamental para a transmissão de más notícias.

Com esta mesma preocupação e paralelamente ao que constatei anteriormente, Tareco e Madeira levaram a cabo uma revisão sistemática de literatura publicada em 2013, com o objetivo de identificar quais as principais dificuldades e/ou obstáculos dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar de doentes em fim de vida e quais as estratégias facilitadoras por eles utilizadas.

De acordo com os autores supracitados, os principais obstáculos identificados à prestação de cuidados em fim de vida na UCI foram: a comunicação de informações acerca da situação do doente; a utilização de tratamentos e procedimentos agressivos; o desacordo quanto ao plano de cuidados; conflitos familiares; familiares que não compreendem o prognóstico. Por outro lado, como medidas facilitadoras da intervenção dos enfermeiros salienta-se a importância de proporcionar um ambiente digno e pacífico à cabeceira do doente, permitir acesso ilimitado aos familiares e ensiná-los a agir perto de uma pessoa em fase terminal. Foram também sugeridas discussões claras, diretas e honestas acerca dos objetivos do tratamento, tratamento paliativo e ordem de não reanimar, não só entre os membros da família como também com a equipa de saúde.

No que concerne às preocupações ético-deontológicas que impõe naturalmente, temos de ter em linha de conta o nosso agir profissional como está patente no Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida onde se pode ler, “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital assume o dever de: d) recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante.” (p.64). Portanto, não devemos assumir uma atitude paternalista, rejeitando a obstinação terapêutica e respeitando o valor da vida humana e a dignidade da pessoa em fim de vida.

No final do meu estágio tive a oportunidade de prestar cuidados à pessoa em final de vida, tendo-me empenhado de forma a minimizar o impacto negativo provocado por todo o processo associado à proximidade da morte fixando a minha intervenção na promoção do conforto e alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual.

Ao intervir junto da família recorri à comunicação como instrumento da criação de uma relação terapêutica aplicando diversas estratégias das quais salientava: o escutar, uso tom de voz adequado, ser sincera e transparente, uso de uma linguagem simples evitando demasiada tecnicidade, demonstrar disponibilidade, permitir flexibilidade das visitas e por fim o recurso a um sorriso que transmitisse confiança e conforto.

Em conformidade com o objetivo que delineei inicialmente, acredito que todo o investimento e trabalho desenvolvido favoreceu a consolidação das seguintes competências: “*demonstra conhecimentos e habilidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto*” (OE, 2010, p.3); “*promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares*” (OE, 2011, p.3); “*respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, e processos de morrer e de luto*” (OE, 2011, p.4).

Assim, o cuidar em contexto de cuidados intensivos tem de estar centrado na pessoa e na sua circunstância, sendo necessário percorrer um caminho que preserve a sua dignidade e valorize a sua família. O estabelecimento de uma parceria com a família, reconhecendo os seus valores e crenças individuais, trabalhando de modo a avaliar e ajustar as suas expectativas face à evolução da doença, faz com que esta se sinta envolvida nos cuidados contribuindo para a realização de um luto saudável. Na verdade, importa reconhecer a inevitabilidade da morte, assumindo a mudança do tratamento curativo para paliativo, quando mais nada há a fazer para salvar a vida da pessoa, mas muito posso fazer para respeitá-la e dignificá-la.

- i) Desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais na UCIP.

Tal como em outros serviços de saúde, na UCIP aquando da decisão sobre a distribuição do trabalho do enfermeiro, importa considerar que a cada elemento encontram-se associadas outras atividades da sua responsabilidade e função, impondo-se assim uma divisão que tem de ser feita segundo critérios objetivos. Com o intuito de adquirir competências que se relacionam com a gestão dos recursos humanos observei e colaborei com o enfermeiro chefe de equipa no preenchimento da escala TISS 28, sendo que apesar das suas limitações é efetivamente uma ferramenta de avaliação da carga de trabalho importante pela fiabilidade que apresenta e pela facilidade de utilização, passível de ser utilizado por rotina em qualquer unidade de cuidados intensivos.

Para melhor compreender o propósito da utilização desta escala, consultei uma revisão de literatura feita por Paulo Baltazar (s.d.), no contexto da UCIP do Hospital de St. António dos Capuchos em Lisboa do qual salientava as seguintes conclusões: o TISS 28 é o único índice de carga de trabalho de enfermagem validado de forma multicêntrica em Portugal que revela uma boa fiabilidade de utilização; é de fácil preenchimento consumindo segundo os seus autores aproximadamente 5 minutos por doente por dia, desde que treinados; utilizando o TISS 28 é possível avaliar a eficácia da utilização dos recursos de enfermagem disponíveis; tal como outras escalas continua a não refletir um número significativo de atividades diárias de enfermagem que são importantes tanto para os profissionais, para a organização e gestores das UCI, assim como para os doentes e familiares.

Indo de encontro à competência “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*”, que consta do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista no decorrer da minha prática otimizei a utilização de recursos de forma eficiente promovendo a qualidade dos cuidados. Compreendi os distintos papéis e funções dos membros da equipa e reconheci que a liderança relaciona-se com a capacidade de um indivíduo influenciar os que o rodeiam em consonância com os objetivos da instituição, garantindo deste modo a segurança e a boa organização do serviço.

Assim, na oportunidade que tive de observar e colaborar ativamente com o enfermeiro chefe de equipa, identifiquei que a experiência, os conhecimentos, o pensamento crítico e a capacidade de antecipar as necessidades do doente, permitem que este seja o elemento mais bem colocado para gerir os recursos. O diálogo frequente que se estabelece entre este e a restante equipa faz com que seja conhecedor da realidade do serviço no momento, constatando que este é um fator preponderante para o planeamento e gestão dos recursos humanos e materiais. Assente neste conhecimento, o enfermeiro chefe de equipa reúne as condições necessárias para otimizar os recursos mobilizando os profissionais de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem, tendo em conta que a lotação da unidade e o tempo total de prestação de cuidados de enfermagem é variável.

Terminava focando que ao longo do estágio tive a oportunidade de cooperar na gestão de recursos materiais através da reposição de *stock* de material face às necessidades do serviço, colaboração nos pedidos fármacos em falta à farmácia, colaboração no envio de material para a esterilização, notificação do tutor e chefe de equipa da falta de determinados matérias de consumo clínico e verificação o estado do desfibrilhador de urgência, efetivando a minha prestação como um elo que colabora na garantia das condições necessárias para os profissionais prestarem cuidados de qualidade.



### **CAPÍTULO III – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA**



*“a cada um, peço que se centre nas forças da vida, na mobilização dos recursos vitais, respeitando o indivíduo e a humanidade para promover os cuidados e promover a vida.”*

Collière, 2005.

O Estágio I decorreu no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no período compreendido entre 31 de maio e 5 de julho de 2016, tendo a articulação entre as experiências vivenciadas ao longo da prática, os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação e a reflexão sobre o trabalho desenvolvido representado os principais instrumentos por mim utilizados para o desenvolvimento das competências comuns e especializadas preconizadas. Posto isto, o presente capítulo visa objetivar todo o percurso que desenvolvi no estágio I, evidenciando os conhecimentos e competências adquiridas, numa perspetiva dos cuidados prestados à pessoa e a sua família em situação crítica em contexto urgente/emergente.

Localizado no andar técnico, o SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça está dotado de um conjunto diferenciado de profissionais que asseguram os cuidados necessários à população que aqui recorre. Destes, salientava a composição da equipa de enfermagem que totaliza 81 elementos dos quais sete são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, sete enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, quatro enfermeiros especialistas em saúde comunitária e um especialista em enfermagem de reabilitação.

O SU tem por missão prestar cuidados médicos e de enfermagem individualizados de urgência/emergência em todo o clico vital, abrangendo a população proveniente da ilha da Madeira e Porto Santo, que de acordo com a Direção Regional de Estatística da Madeira referente aos dados disponíveis para o ano de 2015 totalizava 256 424 mil habitantes. Esta mesma entidade reportou que os atendimentos nos serviços de urgência da região totalizaram 135 817 mil em 2015, sendo que destes 127 446 ocorrem no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça o que faz deste um contexto fértil em oportunidades de aprendizagem de diversas naturezas.

Com o objetivo conhecer toda a dinâmica do SU, tive a oportunidade de estagiar nos diversos sectores que o constituem, com uma maior incidência de tempo de prática na sala de observação por ser o local onde frequentemente encontra-se a pessoa acometida de doença crítica e ou falência multiorgânica, participando ativamente e com a devida supervisão nos cuidados específicos prestados, permitindo-me desenvolver as competências necessárias para a excelência do cuidar. Cada experiência representou uma

aprendizagem particular, que me permitiu perceber o funcionamento inerente a esta unidade e as diversas necessidades da população que a ela recorrem.

Em consonância com o capítulo anterior, o capítulo III encontra-se organizado segundo os objetivos gerais e específicos que foram previamente delineados para o estágio, revelando o meu percurso e servindo de base para a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas preconizadas pela OE.

### **3.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados**

Em enfermagem, os estágios representam um momento fundamental de potencial formativo, onde a experiência se constitui em saber, através de um processo reflexivo que pretendi que fosse constante sobre as práticas em estágio, permitindo-me desenvolver as habilidades especializadas necessárias à intervenção junto da pessoa em situação crítica e da sua família, com base no objetivo geral que se segue e nos sete objetivos específicos que a ele se encontram associados.

**Objetivo geral:** desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e ético-deontológicas como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, em contexto de serviço de urgência.

- a) Aprofundar conhecimentos sobre o processo de triagem utilizado no Serviço de Urgência do Hospital Dr. Nélio Mendonça.

O posto de triagem localiza-se na entrada do SU e representa para grande parte da população o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde. O que ocorre nos momentos iniciais da admissão da pessoa/família no SU tem efeitos diretos e visíveis na sua saúde e na imagem que constroem do hospital e dos seus profissionais. Por este motivo, Gomes (2008) defende que o enfermeiro da triagem possui um papel fulcral no acolhimento do utente, pois constitui o primeiro profissional com o qual o doente tem contacto.

A oportunidade de realizar um turno no posto de triagem através da observação participante do colega enfermeiro, permitiu-me a compreensão os fluxogramas disponíveis no sistema de triagem de prioridades de Manchester, bem como das especificidades do

serviço quanto ao encaminhamento das pessoas para as respetivas valências, de acordo com o tipo de queixa e gravidade da situação clínica. Assim, interiorizei que fazer triagem de prioridades é identificar critérios de gravidade, de uma forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica caso a caso.

O turno que cumpri neste local permitiu-me ainda a compreensão dos discriminadores envolvidos neste sistema e o seu funcionamento, enquanto ferramenta eficaz, objetiva e uniforme, capaz de facilitar a tomada de decisão e definir prioridades, reduzindo os tempos de espera de acordo com a gravidade do processo de doença. Assumi também este momento da prestação de cuidados com privilegiado no âmbito do acolhimento da pessoa e da sua família, desenvolvendo habilidades relacionais que me permitem responder eficazmente à unidade de competência *“gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2010, p.3).

Indiscutivelmente, um dos aspetos importantes a considerar no processo de triagem é a experiência profissional do enfermeiro neste processo. Um estudo levado a cabo por Funderburke em 2008 documenta que a presença de um profissional experiente diminui o tempo de espera para o médico (*door-to-physician*), assim como o tempo de permanência no serviço, gerando um aumento da satisfação dos doentes. Nesta linha de pensamento, Cabral et al. citado por Gomes (2008) afirma que os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o utente.

Deste modo, e pela experiência do estágio I constato que a triagem efetuada por enfermeiros competentes contribui efetivamente para o aumento da humanização do acolhimento da pessoa e da sua família, permitindo desde logo o estabelecimento de uma relação terapêutica, visando a dignificação da imagem do enfermeiro e atenuando a presença de sentimentos associados à imprevisibilidade do processo de doença, a ansiedade, a agressividade e a impaciência.

Considerando, que o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica apresenta um perfil assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e atualizados, considero que este é o profissional de saúde mais bem colocado para a realização do processo de triagem às

pessoas que recorrem ao SU, dando resposta ao seguinte critério “*identifica prontamente focos de instabilidade*” (OE, 2010, p.3).

- b) Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica na sala de emergência.

A sala de emergência do Hospital Dr. Nélio Mendonça localiza-se próxima da entrada do SU e após a zona de triagem, encontrando-se dotada de materiais e equipamentos diversos que permitem assegurar a realização de procedimentos considerados *life-saving* num indivíduo (adulto e pediátrico) em situação crítica, possuindo capacidade suficiente para tratar duas pessoas em simultâneo.

Assumindo-se como um dos setores que mais fascínio e insegurança gera nos profissionais que trabalham no SU, os enfermeiros que exercem funções neste domínio devem possuir um conjunto específico e extraordinário de saberes, de forma a alcançar a excelência dos cuidados. A atuação na sala de emergência é operacionalizada através de procedimentos que visam a deteção e tratamento de lesões que colocam as funções vitais em risco.

Posto isto, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica representa uma mais-valia na atuação face à complexidade do quadro. Nesta linha de pensamento e nos termos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, encontra-se definido que na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro especialista garante “a correta execução de cuidados técnicos de alta complexidade” e “a apropriada implementação de medidas de suporte avançado de vida” (p.17242).

Foi com o propósito de desenvolver as competências especializadas necessárias para a prestar cuidados à pessoa em situação crítica nomeadamente na sala de emergência que pautei a minha intervenção no decorrer do estágio. Aqui pude colaborar ativamente com a equipa de saúde na admissão e estabilização do doente crítico, abordando a vítima na sala de emergência com base na metodologia A/B/C/D/E, aplicando a monitorização adequada, colhendo amostras de sangue para análise, administrando terapêutica e cooperando nos procedimentos inerentes ao transporte intra-hospitalar do doente crítico.

Em virtude da complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica emergente, diversas foram as situações em que os doentes aos quais prestei cuidados necessitaram de efetuar exames complementares de diagnóstico. Como tal, colaborei

ativamente no seu transporte tendo sido capaz de demonstrar conhecimentos sobre os riscos reais e potenciais associados ao mesmo revelando “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.” (OE, 2007, p.7)

Com estas experiências pude verificar que, cuidar do doente crítico durante o transporte intra-hospitalar é efetivamente uma atividade de alto risco, pois ocorre frequentemente em condições desafiantes e altamente stressantes, até mesmo para profissionais experienciados na área. Face a esta realidade, a SPCI em parceria com a Ordem dos Médicos em 2008 elaboraram um documento que constitui uma compilação atualizada de normas e conhecimentos práticos úteis para o transporte do adulto crítico, promovendo a segurança deste e dos profissionais que o acompanha.

Segundo o documento mencionado anteriormente, o transporte envolve alguns riscos, mas justifica-se a sua realização “pela necessidade de facultar um nível assistencial superior, ou para a realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, não efetuáveis no serviço ou na instituição, onde o doente se encontra” (p.9). Importa então refletir sobre o risco/benefício que o exame possa trazer para a pessoa, sendo que quando existe dúvidas quanto à sua eficácia, deve pôr-se em questão a efetivação do transporte.

Durante o transporte os incidentes podem ocorrer, e embora alguns sejam inócuos, outros podem ser potencialmente fatais. Neste sentido, orientei a minha intervenção de forma a garantir a segurança ao longo do processo sendo que para tal: estabeleci uma observação criteriosa do doente antes do transporte; equacionei quais os possíveis riscos inerentes ao transporte para o doente; realizei um planeamento prévio considerando aspetos que se relacionam com o tempo de duração do transporte e o trajeto; selecionei os meios de monitorização adequados, o equipamento e a terapêutica; procedi à fixação segura de todos os acessos e cateteres; contactei previamente o serviço de destino.

Ainda no âmbito da minha experiência na sala de emergência, importa referir que várias foram as oportunidades de cuidar da pessoa vítima de trauma, que pela sua complexidade exigiu que me fundamentasse e discutisse situações pontuais com o enfermeiro tutor de forma a poder atuar com segurança. Assim, constatei que a primeira abordagem ao doente na sala de emergência prima por ser um método organizado de avaliação, concentrando-se na deteção inicial de lesões que constituam um risco eminente para a vida deste.

Como afirmou Carneiro (2011), sabendo de antemão que o doente crítico pode deteriorar o seu estado subitamente, é necessário assegurar o mais precocemente possível a

monitorização ajustada às lesões e ao nível das disfunções. O mesmo autor acrescenta ainda que “no trauma grave o tempo é essencial mas o prognóstico depende do que se faz durante esse tempo.” (p.382)

Recordo um turno em que deu entrada um adulto de sexo masculino, politraumatizado na sequência de uma queda por embriaguez, confuso e agitado, trazido ao SU por amigos em carro próprio. Após a sua transferência para a maca da sala de emergência, impôs-se rapidamente um trabalho coordenado em equipa sendo que em estrita colaboração empenhamo-nos na identificação de situações de saúde problemáticas que representavam risco imediato de vida através de um pensamento conduzido pela metodologia A/B/C/D/E, e ainda na correta imobilização do doente atendendo ao cenário de trauma e visto ter sido encaminhado ao SU em carro próprio.

Deste modo, na abordagem sistemática à pessoa procurei aprofundar os conhecimentos que me permitissem atuar eficientemente, com base na evidência científica e nas orientações fundamentais disponibilizadas pelo tutor aquando da prestação, possibilitando a deteção precoce de lesões que pudessem constituir um risco eminente para a vida do doente.

Posteriormente à implementação de intervenções que asseguravam a monitorização e estabilização, tendo sido eu o elemento que monitorizou o doente e aplicou o colar cervical, procedi em conjunto com o tutor a uma avaliação secundária através da revisão sistemática e sequencial de todos os segmentos corporais com o intuito de identificar, estratificar e hierarquizar todas as lesões significativas, que culminaram na imobilização com tala no membro superior direito por sinais de fratura.

A este respeito, no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, está patente que o enfermeiro ao considerar a complexidade das situações de saúde mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas necessárias para responder à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência multiorgânica. Considero que todas as situações experienciadas na sala de emergência permitiram a aquisição de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, na antecipação de focos de instabilidade, no desenvolvimento e demonstração de conhecimentos em suporte avançado de vida e na área de trauma, indo de encontro os critérios definidos pela OE (2010) mais concretamente a unidade de competência “*presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” (p.3).



- c) Prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crítica na sala de observação e na sala de cuidados especiais.

De acordo com o SESARAM (2011), a sala de observação (SO) destina-se aos doentes para os quais o esclarecimento da situação clínica ou recuperação sejam previsíveis num tempo inferior a 24 horas, aos que aguardem intervenção cirúrgica de urgência e às pessoas que necessitem de transfusões.

O espaço físico do SO do Hospital Dr. Nélio Mendonça tem a capacidade máxima para oito doentes, encontrando-se dividido em duas áreas, cada uma com quatro camas sendo feita habitualmente a divisão entre os sexos. Embora todas unidades do doente possuam seringas e bombas perfusoras, nem todas estão têm equipamento de monitorização, exigindo dos profissionais uma constante ponderação da sua distribuição atendendo às necessidades individuais de cada doente.

Face à complexidade e diversidade das situações de doença das pessoas cuidadas nesta área, senti diariamente a necessidade de mobilizar os conhecimentos que adquiri durante o meu percurso profissional, nas aulas teórico-práticas frequentadas no âmbito da especialidade e também as experiências vivenciadas no estágio de cuidados intensivos, e aliar a todo este saber novos conhecimentos através de pesquisas bibliográficas em algumas áreas específicas.

A este respeito, uma das situações que experienciei em múltiplos casos e que exigiu da minha parte um aprofundamento de conhecimentos refere-se à pessoa acometida de hemorragia digestiva alta. Segundo Moreira, Lago, e Poças (2011) este tipo de hemorragia tem como ponto de partida o tubo digestivo proximal ao ângulo de Treitz e manifesta-se através de hematémeses, melenas ou ainda hematoquézias. Embora as causas para este problema possam ser diversas, as pessoas às quais prestei cuidados tiveram o seu problema de saúde precipitado por varizes esofágicas.

Atendendo à instabilidade do estado de saúde destas pessoas, desenvolvi competências que me permitiram intervir no sentido da manutenção da vida, identificando focos de instabilidade e falência orgânica com base num raciocínio rápido e fundamentado. Ainda, verifiquei que a abordagem a estes doentes é multiprofissional e pode exigir a articulação entre diferentes especialidades da área médica. O tratamento passa por uma avaliação inicial minuciosa aliada à estabilização hemodinâmica prévia à realização de endoscopia digestiva alta.

Neste âmbito a Ordem dos Enfermeiros (2015), defende que em situação crítica a avaliação diagnóstica e a monitorização constantes reconhecem-se de importância máxima, acrescentando ainda que

estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detectar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (p.17241).

O cuidar da pessoa vítima de intoxicação foi outra situação que se revelou um campo de intervenção profícuo em novas experiências. O tratamento destas pessoas implica frequentemente o suporte de funções vitais, avaliação do potencial de toxicidade da substância para o organismo e a implementação de intervenções que visem a redução da absorção da substância e até mesmo a implementação de medidas para promover a sua excreção.

Relembro em especial o caso de uma senhora de 46 anos, que tinha sido admitida em SO por intoxicação voluntária por benzodiazepinas. Apresentava-se com via aérea permeável (sem adjuvantes), a ventilar espontaneamente, hemodinamicamente estável e com diminuição do estado de consciência evidenciada por uma Escala de Coma de Glasgow de score 10 (abertura dos olhos à voz, resposta verbal com sons incompreensíveis e localizava a dor).

O estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados foi um dos aspetos que desenvolvi aquando da ocorrência do agravamento do seu estado de consciência e consequente depressão respiratória, aperfeiçoando o processo de tomada de decisão face o contexto de urgência. Assim, e em estrita coordenação com os outros elementos da equipa de saúde, procurei hierarquizar a prestação de cuidados, de modo a que tudo fosse realizado o mais rapidamente possível, otimizando os recursos disponíveis e intervindo de forma segura e em tempo útil de modo: a assegurar uma via aérea permeável que permitisse uma oxigenação eficaz, implementando monitorização não invasiva para certificar-me da estabilidade hemodinâmica, administrando fármacos em específico o flumazenil e reavaliando o resultado das medidas implementadas que originaram a reversão do agravamento, evidenciado pela melhoria do estado de consciência com aumento do score na Escala de Coma de Glasgow.

Considerando que a pessoa não deverá ser vista fora do seu ambiente, realçava o envolvimento feito à família nesta situação, numa primeira instância para a recolha de dados fundamentais como por exemplo os antecedentes pessoais, qual a substância ingerida, a que horas e que quantidade. Num segundo momento, na tentativa de

compreender junto destes se havia história de abuso de substâncias e qual a ocorrência que tinha gerado este episódio, podendo assim assegurar a continuidade de cuidados através da colaboração da própria pessoa e família, sendo que todo o evento culminou com base nos dados recolhidos numa referenciação e avaliação pela psiquiatria.

Relativamente aos cuidados especiais, encontram-se localizados no espaço entre o isolamento e o SO e de acordo com o SESARAM (2011), esta sala destina-se a doentes que necessitem de vigilância intensiva ou meios e terapêuticas especiais, como ventilação mecânica.

No que concerne à minha atuação nesta valência salientava a oportunidade de prestar cuidados a doentes com instabilidade hemodinâmica e ventilados mecanicamente. Aqui, surgiu a necessidade de gerir protocolos terapêuticos complexos, o que exigiu que aprofunda-se e revela-se conhecimentos ao nível das respostas esperadas e das possíveis complicações, culminando no desenvolvimento de competências na avaliação, monitorização e implementação de respostas aos problemas que surgiram.

Com a prestação de cuidados e aliada a uma reflexão constante sobre estes, pude desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz que me permitiu agir rapidamente, manifestando um domínio no saber no âmbito da enfermagem, capacidade para lidar com o imprevisto e observação de forma a estabelecer prioridades na assistência à pessoa em situação crítica, fortalecendo o incremento das seguintes unidades de competência: *“presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica”* e *“gere a administração de protocolos terapêuticos complexos”* (OE, 2010, p.3).

Tendo como ponto assente que a pessoa em situação crítica na sala de cuidados especiais necessita de cuidados de enfermagem altamente qualificados e prestados de forma contínua, julgo que o mobilizar de elementos com competências certificadas como o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica representa um contributo efetivo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Nesta linha de pensamento, encontra-se preconizado pela OE (2015) que os cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica são

cuidados qualificados prestados de forma contínua á pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (p.17241).

Noutro panorama e a respeito das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro deve

ter um olhar atento sob as questões éticas e deontológicas que circundam os cuidados de saúde, sendo que os constrangimentos associados ao ambiente físico do SU e o volume elevado de doentes que aqui recorrem podem tornar as questões relativas à proteção da privacidade e da confidencialidade do doente ainda mais difícil.

Em conformidade com a Lei de Bases da Saúde (lei n.º48/90, de 24 agosto) no ponto relativo ao estatuto dos doentes, pode-se observar na alínea c) que os utentes têm direito a “ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito”.

Nesta lógica, destacava um estudo quasi-experimental realizado por Lin et al. (2013) com o objetivo de avaliar a eficácia de uma intervenção multifacetada no SU, tendo em vista a privacidade e a satisfação das pessoas que recorrem a este serviço. Para tal, foram analisadas as repostas dos doentes antes e após a intervenção implementada de forma a determinar se existia uma diferença na perceção da pessoa em termos de privacidade e satisfação.

Após o tratamento dos dados, os autores concluíram que foram observadas melhorias significativas na perceção do doente relativamente à “informação pessoal escutada por outros”, “ser visto por pessoas irrelevantes”, “ter ouvido de forma não intencional conversas inapropriadas dos profissionais de saúde” e também na experiência relacionada com o “respeito dos profissionais pela minha privacidade”. Acrescentam que essas melhorias resultaram de mudanças filosóficas, administrativas e operacionais, devendo então as instituições dar a máxima prioridade aos cuidados de saúde centrados no doente e construir um ambiente ético para melhorar a qualidade dos cuidados.

Neste contexto considero oportuno salientar que agi sempre com vista ao respeito de valores essenciais inerentes à nossa profissão, assumindo o conhecimento e a salvaguarda dos princípios fundamentais da bioética como diretrizes que me orientaram na prática, desenvolvendo assim competências transversais a todos os enfermeiros especialistas mais concretamente: “*desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção*” e “*promove práticas de cuidados que respeita, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (OE, 2010, p.4-5).

- d) Fortalecer conhecimentos e competências na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Considerando a prevenção e controlo da infeção como um desafio do presente, no SU esta assume uma importância particular, por toda a dinâmica inerente ao contexto da prática, o recurso a múltiplas medidas invasivas, a sobrecarga de trabalho e a grande rotatividade de doentes que estão acometidos das mais diversas patologias.

Neste sentido, e de acordo com uma revisão da literatura feita por Carvalho, Tavares, Freitas, Espíndula, e Prado (2011), o controle de infeção hospitalar no serviço de urgência e emergência é dificultado por algumas limitações, tais como: a adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controle, a falta de preparação da equipa, a existência de estruturas físicas inadequadas, permanência do doente superior a 24 horas, dificuldade de isolamento e rotatividade dos profissionais. O autor acrescenta ainda que, as estruturas físicas das unidades de urgência e emergência colocam em risco os enfermeiros, pois geralmente são inadequadas e não seguem as recomendações estabelecidas.

Conforme a norma 029/2012 da Direção-Geral da Saúde, na admissão à unidade de saúde, deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infeção. Deste modo, a aplicação das precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação com o utente e, o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos.

Assente nesta problemática, Reith et al. (2014) realizaram um estudo qualitativo descritivo, com o objetivo de evidenciar a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) pela equipa de enfermagem de um SU. Após a análise dos dados chegaram aos seguintes resultados que importa serem enfatizadas como forma de consciencializar os profissionais de saúde para a existência de riscos reais, visto terem constatado que as normas de segurança ainda não permeiam a prática clínica diária.

Deste modo, verificaram que o uso incipiente dos EPI relaciona-se por um lado com ritmo intenso de trabalho e por outro com a banalização dos riscos associados à prestação de cuidados, devido ao convívio diário dos profissionais com estes. Contrariamente, o uso adequado dos EPI está diretamente relacionado ao grau de consciencialização do profissional e fica geralmente vinculada à sintomatologia da pessoa, ou à existência de confirmação que ele é portador de uma doença infetocontagiosa.

A prevenção da infeção adquirida no SU pode basear-se na implementação de estratégias que visem as boas práticas, tendo como pontos fundamentais o reconhecimento dos desafios à adesão e a mudança de comportamento de forma a aprimorar procedimentos/rotinas, na procura de caminhos que conduzam à excelência dos cuidados.

Assim, aliada à pesquisa bibliográfica e com conhecimento das normas e diretivas vigentes na instituição emanadas pelo Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistências aos Antimicrobianos, estabeleci estratégias e intervenções visando a prevenção e o controlo da infeção. Destas medidas destacava a utilização adequada dos EPI, a higiene das mãos, a triagem segura de resíduos, o cumprimento de técnica asséptica nos procedimentos que assim o exigem e um cuidado especial na colocação dos doentes nas diferentes valências onde estagiei, atendendo às diversas problemáticas que trazem a pessoa ao SU e que representam um risco acrescido para a aquisição de uma infeção.

Constato que esta é uma longa caminhada, no entanto noto um aumento da tomada de consciência e preocupação não só por parte dos profissionais como da sociedade em geral para o problema real que são as IACS. Deste modo, e considerando o contexto particular do SU destacava que implementei medidas junto dos familiares/acompanhantes, capacitando-os a reconhecer a importância do seu papel na prevenção da infeção, fortalecendo nestes a adesão a medidas de precaução básica.

Com esta preocupação, senti a necessidade de atuar ativamente junto dos acompanhantes educando-os para a importância do seu papel neste contexto, incentivando-os ao cumprimento de medidas como: a correta higienização das mãos, o não circular nas áreas de acesso restrito, o permanecer junto do seu familiar evitando o contacto físico com os restantes doentes, a utilização dos sanitários apenas destinados às visitas e a execução de uma etiqueta respiratória adequada.

Assim, enquanto futura enfermeira especialista acredito que uma parte da resolução do problema passa pelas nossas mãos, cabendo-nos a nós alertar as pessoas para as implicações humanas/sociais/económicas das IACS e atuar como modelo nos nossos locais de trabalho, implementando procedimentos e estratégias que visem a resolução do problema aqui abordado, demonstrando as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica que adquiri tais como: *“demonstra conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das directivas das Comissões de Controlo de Infeção”*; *“estabelece os procedimentos e circuitos requeridos*

*na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão (...)*”; *“faz cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção”* (OE, 2010, p.4).

- e) Aperfeiçoar competências comunicacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica.

O Homem é um ser eminentemente social e a comunicação é parte integrante de todo o seu percurso de vida. Com a experiência decorrente do estágio I, no SU do hospital Dr. Nélcio Mendonça verifiquei que a comunicação é uma ferramenta primordial na prestação de cuidados, tendo o enfermeiro o dever de a desenvolver e aperfeiçoar. Esta é a base da relação enfermeiro-pessoa-família e quando bem aplicada constitui-se como um indicador favorável da qualidade e humanização dos cuidados prestados.

O êxito na abordagem à pessoa que recorre ao SU assenta em habilidades de comunicação que efetivam um cuidar que prima pela excelência no relacionamento interpessoal, traduzindo-se como um veículo capaz de obter uma relação de confiança que respeita a dignidade e individualidade da pessoa doente. Neste sentido, entendendo a excelência como um caminhar permanente e numa lógica de construção e desenvolvimento profissional, integrei a comunicação no campo de conhecimentos de enfermagem, desenvolvendo assim habilidades relacionais inerentes ao ato de cuidar.

Efetivamente, a comunicação encontra-se presente em todas as intervenções realizadas não só com a pessoa acometida de doença crítica, mas também com a sua família, constituindo-se como um instrumento básico para a profissão, que representa a base e o fundamento das relações entre o enfermeiro, o doente e a família. Neste sentido a OE defende que esta é uma competência específica do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, o qual tem o dever de “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Regulamento nº 361/2015, p.17242).

Segundo Sá, Botelho e Henriques (2015), a família do doente crítico apresenta frequentemente ansiedade extrema, incertezas profundas e instabilidade emocional. A mudança num dos membros do sistema familiar, através do impacto da doença, produz modificações nos outros membros da família, pelo que recorrer a um serviço de cuidados críticos com o familiar pode colocar a família perante uma das situações mais stressantes que alguma vez tenha experienciado, exigindo-lhe a mobilização de competências e recursos, até à data desconhecidos.

Na verdade, o ambiente singular do serviço de urgência imprime características únicas ao cuidado de enfermagem à família, exigindo do enfermeiro competências especializadas para ultrapassar os desafios que emergem na prática. Apesar dos constrangimentos associados à estrutura física do SU, ao longo do estágio tentei envolver a família em todo o processo, demonstrando disponibilidade, esclarecendo as suas dúvidas, escutando os seus medos e permitindo sempre que possível a sua permanência junto ao seu ente querido. Foi também fulcral perceber o impacto que o evento de doença crítica trouxe, compreendendo as dificuldades e as emoções sentidas, com vista ao planeamento de intervenções promotoras de um processo de transição saudável.

De forma a responder a estas necessidades emergentes, recorri à comunicação como instrumento de intervenção efetivo, capaz de estabelecer um ambiente de confiança que respeita a individualidade de cada um. Neste sentido implementei as seguintes estratégias e integrei atitudes como: escuta ativa, empatia, orientação, recapitulação, validação, respeito pelo silêncio e recurso ao humor como medida que facilitou a expressão de sentimentos e favoreceu a relação terapêutica.

Em suma, através da prática verifiquei que intervenções simples e de baixo custo, como mostrar disponibilidade e fornecer informações acerca do estado de saúde e intervenções de enfermagem a realizar, foram percebidas pelas pessoas alvo dos cuidados como medidas dignificadoras que respeitavam as suas necessidades individuais, atendendo sempre a que as palavras estão para lá da sua dimensão vocal e abrangem aspetos como o tom de voz, a postura corporal e a expressão facial.

Com efeito, o aprofundamento de competências neste domínio e contexto específico implicou que gerisse os medos vivenciados pela pessoa e a sua família, através do desenvolvimento de estratégias de comunicação ajustadas à complexidade da situação, representando um contributo efetivo para a minha aprendizagem e indo de encontro às seguintes competências especializadas em enfermagem em pessoa em situação crítica: *“assiste a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”, “gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” e “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica”* (OE, 2010, p.3).



- f) Aprofundar conhecimentos e competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em final de vida e à sua família, no contexto de serviço de urgência.

De acordo com Martins, Agnés e Sapeta (2012), o tema da morte sempre representou para a humanidade algo de misterioso, suscitando inúmeras interrogações para as quais a ciência, as doutrinas filosóficas, as religiões e a orientação metafísica dos valores, costumes, atitudes, práticas e superstições, procuram encontrar respostas, na tentativa de suavizar a angústia, acalmar a ansiedade, compensar a dor ou vencer o temor da morte. O facto de sabermos que o nosso fim irá chegar é algo que eliminamos diariamente do nosso pensamento, esse comportamento faz da pessoa alguém pouco adaptado para enfrentar as dificuldades que se impõem no percorrer deste caminho.

Com o decorrer do estágio verifiquei que nem todos os doentes que procuram o SU carecem de uma abordagem curativa. Muitos apresentam-se com doença crónica avançada ou com patologia aguda incompatível com a vida para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica, tanto para eles próprios como para a sua família. Acredito que o encaminhamento destas pessoas aos SU relacionam-se com o facto de este ser o único serviço de saúde aberto 24 horas por dia, que oferece a possibilidade de aliviar o sofrimento provocado pelo descontrolo dos sintomas, com fácil acesso e que pelos meios que dispõe assegura a possibilidade de um tratamento.

Neste âmbito Pereira (2014), citando um estudo realizado por Tricht et al. em 2012, realizado a 2420 doentes que morreram em 174 SU franceses e belgas verificou que o número de doentes que morrem nos SU tem vindo a aumentar de uma forma global e são sobretudo as pessoas idosas, com limitações funcionais e com doença crónica de base com episódios de agudização que mais recorrem a estes serviços. Para este autor, os doentes em fim de vida são transportados aos SU pela sua família na procura de uma melhor assistência, quer seja através de tratamentos ativos de suporte de vida e controlo sintomático ou na tentativa que estes sejam transferidos para os serviços onde são habitualmente assistidos, numa desesperada expectativa de prolongamento da vida ou para alívio do sofrimento.

Relativamente à realidade da regional, e de acordo com a Direção Regional de Estatística da Madeira, no ano de 2015 ocorreram um total de 2611 óbitos em toda a região, sendo que destes 361 aconteceram nos serviços de urgência, destacando-se que 348 foram por motivo de doença e 13 causados por lesões relacionadas com acidentes. Por este

motivo, o cuidar da pessoa em fim de vida é também função dos SU sendo o enfermeiro um elemento chave na intervenção. Todos temos o direito a morrer acompanhados, com respeito pela nossa dignidade, devendo isto acontecer não só no nosso lar e em unidades especializadas mas também em todos os serviços hospitalares onde a morte é uma realidade.

O dever do enfermeiro em assegurar o direito da pessoa a morrer com dignidade encontra-se consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo n.º 87 - “do respeito pelo doente terminal”. Aqui podemos verificar que é dever do enfermeiro acompanhar “o doente privilegiando a sua qualidade de vida, minorando a dor (...), beneficiando dos cuidados paliativos e do acompanhamento psicológico, tendo presente que a omissão de tratamentos inúteis ou a interrupção dos «meios artificiais» não são eutanásia” (p. 87).

Ciente da dimensão desta questão e dos constrangimentos associados, Martins et al. (2012) apurou na sua revisão sistemática de literatura intitulada “Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados” que as principais dificuldades citadas pelos enfermeiros prendem-se com o modelo organizacional e arquitetónico dos SU que não favorecem a comunicação e a relação de ajuda. Verificou ainda que os enfermeiros preocupam-se não só em proporcionar conforto com recurso ao controlo sintomático, como em dar apoio aos familiares da pessoa em fim de vida.

Na ótica dos autores supracitados priorizar os cuidados no fim de vida no SU torna-se um contra senso, cuidar dos que estão a morrer é visto como uma função menor, num local onde a técnica e as intervenções medicalizadas imperam. Quase se pode afirmar que, devido á tipologia do serviço existe uma limitação à intervenção do enfermeiro na atenção a estes doentes. A morte parece estar “fora de lugar”.

Recordo-me de uma situação concreta que vivenciei relativa a uma senhora de idade avançada com várias co-morbilidades associadas, internada no SO acerca de 3 dias e cujo estado de saúde não evoluía favoravelmente, evidenciando um agravamento significativo no último dia com a exacerbação da dispneia, dor e diminuição do estado de consciência. Se numa primeira abordagem prevaleceram os tratamentos invasivos com o intuito de tentar reverter o decurso do processo de doença, após uma reavaliação, reflexão e discussão em equipa de saúde, reconhecendo o inevitável processo de morte, optou-se por dar primazia a medidas de conforto como: a otimização da oxigenoterapia com a retirada do VNI; a descontinuação de terapêuticas que não representavam benefício; a

promoção do conforto através da gestão do posicionamento corporal; a administração de morfina; o assegurar da privacidade com recursos às cortinas existentes no SO; o envolvimento da família constante da família.

Destacava ainda que a implementação de medidas simples como escutar, compreender, informar, facilitar momentos de privacidade, dar espaço para a manifestação de sentimentos como o medo e até mesmo a revolta foram fundamentais para a humanização dos cuidados que prestei. Ficar em silêncio foi também uma virtude, e o simples ato de estar presente demonstrando disponibilidade e agindo de forma a maximizar o conforto da pessoa doente, foi recebido pelos elementos alvo dos cuidados como uma medida dignificadora, que se evidenciou no rosto de tranquilidade daquelas pessoas que ainda hoje tenho presente.

Contudo, na atualidade os hospitais vocacionados para o tratamento de doentes acometidos de patologia aguda não representam o local de excelência para o atendimento da pessoa em fim de vida, motivo pelo qual urge a necessidade de integrar um modelo de cuidados paliativos que complemente os cuidados prestados nos SU. Este é um caminho a percorrer, e acredito que amanhã a palição será provavelmente uma realidade em mais serviços de saúde, indo de encontro às necessidades da pessoa, família e profissionais. Para tal, cabe aos enfermeiros a responsabilidade do desenvolvimento de competências específicas e às instituições a função de assegurar uma filosofia e modelo organizacional que contemple os cuidados à pessoa com doença avançada, progressiva e terminal.

Como é possível comprovar por tudo o que foi descrito anteriormente, de forma a atingir este objetivo específico, estabeleci diversas conversas informais com os enfermeiros do SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na tentativa de perceber quais as suas vivências e dificuldades ao cuidar da pessoa e família no fim de vida, conferindo que as dificuldades relacionam-se com a estrutura arquitetónica do SU, com o elevado fluxo de doentes que resulta numa sobrecarga de trabalho e a falta de conhecimentos relativos aos cuidados paliativos.

Às experiências vivenciadas em estágio aliei a realização de pesquisa bibliográfica, reflexão na prática e sobre a prática, aprofundando e demonstrando habilidades facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto. O conjugar de todos estes aspetos representou um contributo efetivo para o desenvolvimento de competências, indo de encontro ao constante no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa onde podemos observar “*cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante ou terminal, dos*

*deus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” (p.3).*

- g) Desenvolver competências no âmbito da gestão de recursos humanos e materiais no serviço de urgência.

A área de prestação de cuidados especializada foi a mais trabalhada por mim ao longo do estágio no SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, mas no entanto e com vista a atingir o objetivo delineado, observei a prática do enfermeiro chefe de equipa procurando oportunamente colaborar com este, de forma a adquirir competências na área da gestão de recursos.

Segundo Howard e Steinmann (2011), a gestão do SU é uma das áreas de maior interesse na atualidade, visto os profissionais que lá trabalham constituírem um desafio impar para a gestão, na medida em que a maioria não gosta da rotina, é empreendedora e não aprecia um ambiente estático. Deste modo, pude verificar que o enfermeiro chefe de equipa tem a seu cargo diversas responsabilidades que lhe exigem competências diferenciadas de forma a otimizar a resposta não só da equipa de enfermagem mas também de outros colaboradores.

Posto isto, observei que cabe ao enfermeiro chefe de equipa a responsabilidade de elaborar o plano de trabalho dos enfermeiros e dos assistentes operacionais assegurando a afetação dos mesmos nos diversos sectores através da mobilização dos recursos humanos, ponderando as necessidades existentes nas diversas áreas e os recursos disponíveis.

No que concerne à gestão de recursos materiais, cooperei sempre na reposição dos *stocks* de material dos diversos sectores em que fui estagiando, colaborei com o enfermeiro chefe de equipa nos pedidos de medicação específica que não existem em stock no serviço à farmácia, contribuí para o assegurar da operacionalidade da sala de emergência através da validação da funcionalidade de todo o equipamento existente e reposição do material em falta e participei no controlo da validade dos fármacos constantes da mala de emergência de transporte intra-hospitalar.

Posto isto, com desenrolar do estágio verifiquei que as competências necessárias para a gestão no contexto do SU, exigem ao enfermeiro capacidades específicas sem as quais tornariam os serviços muito mais confusos e impraticáveis para a prestação de cuidados. Acredito que todo meu envolvimento e empenho para compreender o papel do enfermeiro no âmbito da gestão, colaborando ativamente com este quando oportuno,

tenham contribuído para o desenvolvimento de competências no domínio da gestão de recursos representando um progresso na minha aprendizagem profissional e que respondem à seguinte competência comum do enfermeiro especialista: *“gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* (OE, 2010, p.7).

Ainda no âmbito do presente objetivo, considero importante fazer referência à formação em serviço como um instrumento da melhoria contínua dos cuidados prestados. As direções das instituições de saúde devem assumir a formação contínua como uma “obrigação” que deve ser partilhada pelos profissionais, com vista à melhoria do desempenho profissional. Desta forma, a formação em serviço assume-se como um dos pilares fundamentais na gestão de qualquer instituição de saúde, pela permanente valorização do saber, saber fazer e saber ser, implicando um desenvolvimento pessoal e profissional dos seus profissionais.

A OE (2010) definiu que o enfermeiro especialista deve assumir-se como um facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação. Este deve então diagnosticar necessidades formativas, conceber dispositivos formativos, favorecer a aprendizagem e avaliar o impacto da formação.

Aliada à importância do papel do enfermeiro especialista no *“domínio da melhoria da qualidade”* e de modo a dar resposta à competência *“domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”*, mais concretamente à unidade de competência *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade”* e *“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade,”* no decorrer do estágio realizei conversas informais com o enfermeiro tutor e restantes colegas da equipa com o intuito de diagnosticar as necessidades formativas, podendo assim colaborar de forma oportuna na formação em serviço.

Apercebi-me que frequentemente é no próprio contexto da ação profissional que emerge a carência de renovar e reforçar os conhecimentos. Atendendo à preocupação crescente por parte dos serviços de saúde na segurança dos doentes, e no que me foi verbalizado pelos colegas do SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça, programei e efetivei uma sessão de formação intitulada *“Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico”*.

Com a realização desta formação tinha como objetivo aprofundar conhecimentos e dar a conhecer as boas práticas para a promoção da segurança no transporte intra-hospitalar do doente crítico. Para a sua realização efetuei uma pesquisa bibliográfica,

incorporando no trabalho apresentado as recomendações relativas ao transporte de doentes críticos definidas pela SPCI (2008), salientando os aspetos relevantes para a prática diária do transporte intra-hospitalar feito pelos enfermeiros do SU.

A formação decorreu no dia 5 de julho de 2016, no gabinete do enfermeiro chefe com a duração de 20 minutos. Toda a equipa de enfermagem à qual estive associada no estágio compareceu e o feedback dos elementos foi positivo, gerando-se no final da apresentação um momento de discussão e partilha de experiências dos diversos profissionais, evidenciando assim a pertinência do assunto abordado, assente nas preocupações dos profissionais com as questões relativas à segurança no transporte intra-hospitalar.

**CAPÍTULO IV – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À  
PESSOA E FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS  
PALIATIVOS**





*“Entrais com a medicação, para me medir a tensão. Tudo o que eu desejaria saber é se alguém estará aqui comigo, para me dar a mão, quando tiver necessidade. Tenho medo. A morte pode converter-se numa rotina para vós, mas é nova para mim. Talvez não me considerem um caso único, mas para mim é a primeira vez que estou a morrer, a única vez”*

Redrado citado por Rossa, 2007.

Assente nas minhas preocupações e motivações pessoais, a realização do estágio III de carácter opcional em contexto de cuidados paliativos surgiu da necessidade em desenvolver e consolidar competências numa área que considero aliciante e motivadora para o meu exercício profissional, como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, com competências no cuidar da pessoa com doença crónica avançada e terminal. Os cuidados paliativos são uma realidade transversal a praticamente todos os serviços de saúde, sendo que para incrementar competências técnico-científicas e relacionais nesta área de intervenção estruturei o meu estágio em torno dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos.

Esta prática clínica decorreu na unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz em Lisboa, no período compreendido entre 3 de outubro e 4 de novembro do ano de 2016, com o objetivo de desenvolver competências científicas, técnicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase terminal.

Indiscutivelmente, a unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz é considerada como uma referência nacional no que diz respeito ao cuidar da pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, e aos seus familiares, representando assim uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem.

Localizada no piso quatro da torre B (HR), esta unidade possui espaços físicos e recursos humanos próprios e especializados, dedicados ao “acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa associada a sofrimento decorrente da doença severa e/ou avançada (oncológica ou não), incurável e progressiva”. As ações aqui desenvolvidas centram-se nas pessoas doentes e nas suas famílias e são delineadas especificamente para cada situação, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas, de modo a assegurar a prestação de cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuam para o conforto, dignidade e qualidade de vida.

É de notabilizar que a equipa de cuidados paliativos do Hospital da Luz Lisboa foi ainda a primeira unidade em Portugal a ser distinguida pela ESMO (*European Society of*

*Medical Oncology*) como “*Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology*” em 2011.

De igual modo, é fundamental salientar que esta unidade cumpre os critérios que a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos enumera nas suas recomendações para a prática dos cuidados paliativos, pelo que é reconhecida pela mesma como uma unidade de nível III. De forma geral isto significa que os cuidados são prestados por equipas multidisciplinares que garantem apoio durante 24 horas, tendo os profissionais formação diferenciada em cuidados paliativos que lhes garante a capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade, acrescendo ainda o facto de desenvolverem não só programas estruturados e regulares de formação especializada mas também atividade regular de investigação na sua área de atuação.

#### **4.1. Análise das competências desenvolvidas à luz dos objetivos delineados**

Embora os cuidados paliativos abranjam todos aqueles que se encontram em situação de sofrimento intenso decorrente de doença incurável em fase avançada, independentemente da patologia de base, os problemas oncológicos continuam a ser aqueles que mais subsidiam os internamentos neste contexto. No caso em concreto da unidade em que estagiei, a realidade é igual à restante do país sendo a progressão e incurabilidade da doença oncológica aquela que mais motiva o internamento em cuidados paliativos.

Em seguida, realizo uma análise de todo o percurso que desenvolvi no Estágio III, de acordo com o objetivo geral e os cinco objetivos específicos previamente traçados, evidenciando assim os conhecimentos e competências adquiridas inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida e à sua família.

**Objetivo geral:** desenvolver competências científicas, técnicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida.

- a) Fortalecer habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de cuidados paliativos.

De forma a concretizar este objetivo participei na II conferência de Enfermagem dos Institutos Portugueses de Oncologia que decorreram nos dias 21 e 22 de outubro de 2016 no auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no Parque das Nações. Com esta participação pretendi consolidar de conhecimentos adquiridos, procurando aprofundar e atualizar os conhecimentos através dos avanços científicos desenvolvidos nos cuidados de enfermagem ao doente oncológico.

A comissão organizadora pretendeu que o congresso fosse um encontro congregador de partilha técnico-científica de enfermagem nos IPO's, sendo que no decorrer dos dois dias foram debatidos temas fulcrais ao exercício da profissão de enfermagem tais como: segurança dos doentes, novas abordagens da enfermagem; o papel dos enfermeiros na prevenção do cancro; direito, deontologia e ética dos sistemas de informação em saúde; e aplicação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

No meu entender, a oportunidade que tive de escutar o trabalho desenvolvido por outros colegas nesta área, bem como a partilha de experiências e tomada de conhecimento de projetos implementados ao longo de todo o país com a preocupação do bem-estar da pessoa com doença oncológica representou para mim um incentivo para a incorporação de novo conhecimento na prática.

Consciente de que o saber profissional de enfermagem resulta de um processo de construção aliado a uma prática refletida, ao longo do estágio elaborei três reflexões críticas intituladas “Comer e Beber no Fim de Vida: alimentar a vida ou sustentar a morte?”, “A Comunicação em Cuidados Paliativos: a ferramenta da palavra e da escuta” e “Agitação Pré-terminal: e quando a morte se aproxima?”, que reverteram para a operacionalização da componente teórico-reflexiva subjacente ao estágio e representaram um contributo efetivo para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais essenciais para um exercício profissional de excelência, assim como para fortalecer habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, em contexto de cuidados paliativos.

Posto isto, a primeira reflexão surgiu da experiência decorrida da minha prática profissional, tendo verificado que é frequente a pessoa em fim de vida diminuir progressivamente a sua capacidade em alimentar-se por via oral, fruto da inevitável da

progressão da sua doença, representando esta situação uma fonte geradora de sofrimento não só para o doente e família como também para os profissionais de saúde. Muitas são as interrogações que surgem nesta hora, e foi assente nas mesmas que me inspirei para elaborar o trabalho mencionado.

Através desta reflexão e aliada à experiência vivenciada no estágio III, compreendi tanto a importância como a dificuldade que representa tomar decisões sólidas num contexto tão complexo como este. Quando mais nada pode ser feito do ponto de vista da regressão da doença, a água e a alimentação continuam a ter valores simbólicos, sendo consideradas pela família como necessidades mínimas. O argumento do significado simbólico da nutrição, não deve levar à oferta forçada de água e alimentos, cabendo ao enfermeiro o papel de clarificar que muitas das pessoas em fim de vida não sentem fome ou sede. O importante é assumir de um olhar atento para a situação concreta de cada pessoa, compreendendo que cada caso é único, numa busca constante do que contribui para o seu bem-estar.

Com a realização da segunda reflexão, tinha como principal objetivo que esta fosse um instrumento que me estimulasse a reflexão e o treino competências comunicacionais, uma vez que estas são o ponto-chave para atender com qualidade a todas as dimensões da pessoa doente, e em contexto de cuidados paliativos constituem-se simultaneamente como difíceis e desafiantes. Uma má comunicação é nociva para a aliança que se estabelece entre os profissionais, a pessoa e a sua família, sendo que fiquei com o sentimento de que ao proferir “uma palavra errada” no momento menos oportuno poderia colocar em risco todo o trabalho de uma equipa.

Ao refletir sobre a prática clínica diária, percebi como é fácil de negligenciar a comunicação, principalmente quando a pessoa está impedida de se expressar através da fala. Encontrando-me ciente de que, o que digo e a forma como faço pode marcar a pessoa doente e a sua família, impuseram-se em mim algumas interrogações. Qual a maneira mais adequada de comunicar? Quais as palavras, os gestos a utilizar antes, durante e após o ato comunicacional? Haverá alguma estratégia para me ajudar?

Através do processo reflexivo apreendi que comunicar eficazmente não é um dom, mas algo que se aprende e se deve treinar, assumindo sempre que a comunicação está para além das palavras que utilizamos e é reveladora de sentimentos e intenções. Neste sentido, salientava que ao longo do estágio verifiquei a ocorrência de alterações fisiológicas e comportamentais na pessoa com diminuição do estado de consciência quando escutava por exemplo a voz de um familiar que lhe é querido, ou uma música que

lhe fosse significativa, revelando assim a dimensão que a comunicação assume na prestação de um cuidado integral e humanizado.

No que concerne à última reflexão, esta nasceu da resposta a um desafio que me foi colocado pela Professora Noélia Pimenta para refletir sobre uma situação específica com recurso ao ciclo de GIBBS. Como se pode observar pelo título a reflexão abordada visou essencialmente o controlo sintomático, na vertente da agitação pré-terminal, mas sem descurar todos os outros pilares que foram essenciais para uma abordagem integral da pessoa e da sua família, e efetivaram-se como promotoras da qualidade dos cuidados prestados.

Todo o trabalho desenvolvido na reflexão III dirigiu-me à questão da sedação paliativa, e constituiu-se como um instrumento efetivo de aprendizagem, na medida em que me proporcionou estímulo para repensar em casos vivenciados na prática, adquirindo novos conhecimentos e mobilizando os mesmos posteriormente para outras situações em que foi necessário recorrer à sedação como intervenção para o alívio de sintomas intoleráveis e refratários a outros tratamentos instituídos.

Outro trabalho que visou o desenvolvimento de conhecimentos e competências técnico-científicas como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, foi a realização de um estudo caso relativo a um jovem de 26 anos de idade, com doença oncológica progressiva que não respondeu favoravelmente aos tratamentos dirigidos à mesma, tendo sido o próprio e a sua mãe que providenciaram o seu encaminhamento à unidade cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz na procura de intervenções que lhe proporcionassem um maior conforto.

Deste modo, a realização do trabalho referido permitiu-me debruçar sobre os focos de atenção específicos na pessoa em situação paliativa a vivenciar um processo de doença crónica avançada e incurável, resultando no levantamento de diagnósticos que considere relevantes e que originaram o planeamento e a implementação de cuidados complexos e individualizados.

Um dos pontos fulcrais a ter em conta na abordagem deste caso foi o intervir de forma eficaz no controlo dos sintomas que foram surgindo, e que se repercutiram diretamente no bem-estar do doente e da sua família, mais concretamente da sua mãe. Efetivamente, os enfermeiros foram os profissionais que tiveram mais tempo de contacto com a situação, mas nunca foi descurado que estes são cuidados de elevada complexidade,

e que exigem ações coordenadas que não podem ser do âmbito de um só técnico, mas sim de um grupo de profissionais que trabalha unido com uma só missão.

A possibilidade que tive em acompanhar o doente e a sua família desde o terceiro dia de internamento na unidade até ao seu falecimento foi desafiante e também enriquecedora, permitindo-me desenvolver as seguintes unidades de competência: *“identifica as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus cuidadores e familiares”*, *“promove intervenções junto de pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, cuidadores e seus familiares”* e *“respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto”* (OE, 2011, p.3-4).

Consciente de que cuidar é a essência da Enfermagem enquanto profissão plenamente dedicada ao outro, através da identificação das necessidades afetadas emergiram os seguintes diagnósticos de enfermagem de acordo com a linguagem estabelecida na CIPE (2016): dor oncológica; insónia; dispepsia atual; mucosa oral comprometida; potencial risco de intolerância à atividade; aceitação do estado da saúde; *coping* familiar iniciado.

Atendendo à complexidade do caso estudado e considerando todo o processo de doença evolutiva e incurável, o internamento na unidade de cuidados paliativos culminou com a sua morte. Contudo, importa salientar que todas as intervenções planeadas e posteriormente implementadas visaram ir de acordo com aquilo que é a missão dos cuidados paliativos e em consonância com o conceito de “morrer com dignidade” definido pela OE (2014).

Assim, o recurso a uma comunicação adequada e a um controlo de sintomas efetivo representaram as principais ferramentas na abordagem à pessoa e à sua família, permitindo o estabelecimento de uma relação de confiança que foi basilar para poder intervir eficazmente junto destes. Através deste estudo aprofundado pude prestar cuidados personalizados, assentes em conhecimentos sólidos e implementados com vista à manutenção da qualidade de vida, dignificação e respeito pela individualidade da pessoa todos os dias, até ao último momento da sua vida.

- b) Desenvolver competências na vertente do controlo de sintomas, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida.

Sabe-se hoje, que a presença de sintomas descontrolados constitui uma das principais queixas de qualquer pessoa. Em cuidados paliativos o seu controlo é assumido como um direito humano consensual, e embora a nossa intervenção esteja para além do controlo efetivo dos sintomas, não nos é possível intervir nas restantes áreas (comunicação, apoio à família, trabalho em equipa) se os sintomas não estiverem suficientemente controlados.

Ao longo do meu estágio constatei que o controlo de sintomas é uma das maiores necessidades e preocupações expressas pela pessoa e pela sua família, requerendo uma avaliação constante e um nível de excelência nos cuidados de enfermagem a implementar. Assim sendo, o controlo sintomático evidencia-se como uma área fundamental na intervenção em cuidados paliativos, motivo pelo qual Neto (2010) reitera que ao negligencia-la podemos estar a inviabilizar que a pessoa doente possa encontrar sentido e qualidade na vida que tem ainda para viver.

A avaliação dos sintomas é então uma componente crítica dos cuidados paliativos, considerando que as pessoas com doença crónica avançada e/ou terminal podem vivenciar uma complexa constelação de sintomas associados à progressão da doença, implicando que se proceda a uma correta avaliação dos mesmos, para que os cuidados implementados minimizem as consequências nefastas que advêm de tão vasta sintomatologia.

Por este motivo, o meu investimento ao longo do estágio foi orientado pelo objetivo da preservação da dignidade e maximização da qualidade de vida da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, dando resposta ao aprofundamento das seguintes competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa: *“avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o individuo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como conhecimento científico”* e *“analisa e valoriza o peso de variáveis psico-emocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, numa abordagem multidimensional”* (OE, 2011, p. 3).

Com base nos critérios enunciados anteriormente, ao longo da minha intervenção assumi a avaliação como uma tarefa primordial, para que os cuidados prestados fossem

adequados aproximando-se o mais possível da excelência do cuidar, zelando pelo bem-estar da pessoa e dignificando-a enquanto ser humano. Tal como relembra Twycross (2003) “a avaliação baseia-se na probabilidade e em padrões de reconhecimento” (p.79), cabendo ao profissional de saúde o dever de questionar com alguma regularidade o doente, porque este pode omitir ou desvalorizar certos sintomas relevantes como a sensação de boca seca, alteração do paladar, anorexia, prurido e insónia.

Para uma correta avaliação sintomática neste contexto deverá recorrer-se a escalas de avaliação de sintomas consistentes de forma a garantir bons cuidados e aumentar a qualidade de vida nesta população. As escalas de avaliação utilizadas na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz são: escala de Braden; escala de Morse; escala Zarit; ESAS (Edmonton Symptom Assessment System); escala Karnofsky.

Das escalas supramencionadas, aquelas que se aplicam mais concretamente à avaliação dos sintomas são a ESAS e a Karnofsky, sendo que ambas são aplicadas ao doente internado na unidade de três em três dias. Salvaguarda-se que em cuidados paliativos, dadas as condições em que muitas pessoas se encontram, as escalas de avaliação devem ser breves, fiáveis e fáceis de aplicar à cabeceira do doente. Pretende-se assim que estes instrumentos de avaliação sejam rápidos e eficientes para avaliar a presença de múltiplos sintomas, como é o caso da ESAS que avalia nove sintomas do foro físico e psicológico dando ainda espaço para que a pessoa acrescente outro sintoma que sinta como relevante para si.

Os enfermeiros, pela sua maior proximidade ao doente têm um papel primordial na monitorização dos sintomas, contribuindo fortemente para o sucesso do processo terapêutico. O registo sistemático da intensidade destes aspetos é fundamental e mandatário, visto a documentação das avaliações em diário clínico permitir ter uma visão global sobre o bem-estar da pessoa, e ainda possibilitar a análise da eficácia das intervenções implementadas.

De acordo com Ribeiro (2012), os doentes experienciam os sintomas em três níveis distintos: produção (resposta fisiológica que produz o sintoma, corresponde aos aspetos somáticos do processo de doença); perceção (processo pelo qual o sintoma atinge o córtex cerebral, fase em que existe maior variabilidade interindividual); expressão (manifestação exterior do doente face ao sintoma, fase altamente subjetiva e individual, que depende de múltiplos fatores).

Uma adequada interpretação da expressão dos sintomas pelos profissionais de saúde permite uma eficaz intervenção terapêutica, pelo que considero fundamental



conhecer estes níveis, sendo importante compreender que quando se mede um sintoma, é essencialmente o nível da sua expressão que se está a avaliar. Assim, sucede que duas pessoas podem referir a mesma intensidade de um sintoma, por exemplo atribuir a intensidade seis à sua dor, mas experienciarem diferentes componentes ao nível da produção, sofrimento existencial, e/ou sofrimento expresso através da dor.

Na prática, comprovei que a explicação das causas subjacentes a estes é uma medida simples que permite à pessoa doente e à sua família a compreensão do raciocínio por detrás do tratamento, melhorando a sua adesão ao plano de cuidados e diminuindo o sofrimento que lhes é causado pelo desconhecimento.

Nesta linha de pensamento, relembro o caso de uma senhora de idade avançada, que apresentou diminuição da sua capacidade em alimentar-se por via oral até atingir a incapacidade completa com disfagia marcada relacionada com a redução do seu estado de consciência e fruto da inevitável da progressão da sua doença. Esta ocorrência foi geradora uma grande ansiedade para a família, pelo que verifiquei não estarem preparados para lidar com esta situação e exigindo aos profissionais e ao próprio doente a manutenção desta atividade, apesar da incapacidade evidente deste último.

Ao intervir junto da família temos de a compreender como um parceiro na prestação de cuidados, mas sobretudo no contexto de fim de vida como alguém que também está a sofrer. Neste caso concreto, foi importante desmistificar com os seus membros as questões relacionadas com o comer e beber, acautelando que o seu familiar não morreria por causa da fome, mas sim devido à progressão da própria doença.

Como tal, foi fundamental fazer-se compreender que à medida que a pessoa se aproxima da morte, surgem habitualmente um conjunto de alterações fisiológicas com repercussões efetivas na satisfação das atividades de vida diárias, evidenciadas pela degradação contínua do estado da pessoa em fim de vida com uma crescente fraqueza, mobilidade reduzida, longos períodos de sonolência, dificuldade de deglutição, perda de apetite e náuseas, advindo assim uma recusa de alimentos à qual a família associa ao declínio e à morte.

Posto isto, assegurei que oferecer comida ao seu ente querido é um ato de respeito pela própria, mas obrigá-la ou submetê-la a intervenções nutricionais mais invasivas não iria de encontro com o seu conforto, muito menos da sua qualidade de vida. Deste modo, constatei que todo o ensino feito neste âmbito, que dependeu de uma relação de confiança terapêutica já estabelecida, resultou na diminuição da ansiedade da família e aumentou a sua receptividade e colaboração no plano de cuidados instituído.

Sem dúvida que a possibilidade de discutir com os colegas e com os restantes profissionais casos específicos, e alguns sintomas em concreto representou uma mais-valia para o aprofundar conhecimentos e competências. No processo de troca de ideias, conhecimentos e experiências surgiram sempre novos conceitos e referência a estudos de maior interesse nesta área. Ao aliar estes conhecimentos à avaliação que era feita da forma como a pessoa doente e a sua família era influenciada e vivenciava um certo sintoma, possibilitava-me a definição de um plano de cuidados ativo, baseado na evidência e que acima de tudo respondia à necessidade dos elementos alvo dos cuidados.

O tratamento em cuidados paliativos é também salvaguardado pelas directrizes emanadas pela OE. Desta forma, empenhei-me para desenvolver as seguintes competências específicas preconizadas, com o objetivo de preservar a dignidade e maximizar a qualidade de vida da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal: “*adota medidas farmacológicas no alívio de sintomas*”; “*adota medidas não farmacológicas no alívio de sintomas*”; “*atua em tempo útil em situações de agudização*” (OE, 2011 p. 3).

O conceito de cuidados paliativos que abraço centra-se sobretudo em aspetos positivos, sendo que mesmo neste âmbito tentei focar-me em certas particularidades como por exemplo o bem-estar, a qualidade de vida e a dignidade humana, que vão para além das intervenções técnicas como a administração de fármacos.

Estou em crer que este pensamento torna o controlo de sintomas não como um fim em si mesmo, mas como uma parte de um todo que dignifica a pessoa em fim de vida, respeitando assim o nosso agir profissional patente no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 82.º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, onde se pode ler que o enfermeiro no respeito do direito da pessoa à vida assume o dever: “b)respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa; c)participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida” (p.64).

A este respeito confirmei que o objetivo primordial do tratamento é sem dúvida o de proporcionar à pessoa a maximização do seu potencial físico, psicológico, social e espiritual de forma humanizada, dando a maior qualidade de vida possível aos dias que restam. Twycross (2003) defende que se deve sempre corrigir o que pode ser corrigido, não esquecendo de aliar os tratamento não farmacológicos aos tratamentos farmacológicos, assumindo que à sempre algo que se pode fazer em cuidados paliativos.

A importância que o tratamento adquire numa fase avançada da doença deve basear-se na intensidade dos sintomas experimentados, no peso que estes acarretam ao estado funcional da pessoa, e no impacto que a carga sintomatológica tem sobre a

qualidade de vida do doente. O conhecimento dos sintomas mais frequentes em fim de vida revelou-se fundamental, permitindo-me preparar previamente e fazendo com que fosse capaz de atuar ativamente, prevenindo a ocorrência de certos problemas associados e antecipando o surgimento de outros.

Em consonância com a evidência científica, verifiquei que na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz dá-se primazia aos tratamentos específicos dirigidos aos sintomas, com recurso a medidas práticas, pouco agressivas e que impliquem o menor desconforto possível para a pessoa. Aqui é fundamental uma monitorização atenta e proporcionada após a implementação do plano terapêutico, com ajustes de medicação sempre que necessário, com o devido controlo de efeitos secundários indesejáveis e atenção à possível exacerbação/aparecimento de outros sintomas causados pela inevitável progressão da doença.

Entendendo que o cuidar é a essência da Enfermagem enquanto profissão plenamente dedicada ao outro, considero importante salientar que ao longo do estágio recorri ao tratamento não farmacológico, mostrando assim a abrangência dos nossos cuidados, atendendo que a nossa intervenção nesta área é também interdependente, pelo que se torna relevante mostrar qual a magnitude da intervenção do enfermeiro, indo de encontro ao desenvolvimento seguintes critérios: *“tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada”* e *“demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes”* (OE, 2010, p.10).

Muito haveria para acrescentar no âmbito do tratamento sintomático em cuidados paliativos, atendendo à sua complexidade, incapacidade e sofrimento que podem gerar na pessoa e família. De modo a enfatizar alguns dos conhecimentos e habilidades desenvolvidas, seguidamente faço uma síntese das intervenções não farmacológicas que implementei em diversos sintomas específicos.

No que concerne à dispneia as medidas não farmacológicas adotadas foram desde possibilitar que a pessoa expressasse o que estava a sentir permitindo o alívio do sofrimento, arejar o quarto com o recurso ao ar condicionado, possibilitar a utilização de instrumentos como um leque, adequar o posicionamento corporal, elevar a cabeceira cama de acordo com o desejo e tolerância individual.

Sendo a dor é um dos sintomas mais temidos pelo ser humano, as intervenções não farmacológicas como o apoio emocional e a escuta ativa foram importantes e

valorizadas pela pessoa e família. Outras das medidas adotadas visaram o relaxamento e aumento do conforto como a massagem, a musicoterapia e o posicionamento corporal.

Para intervir junto da pessoa com distúrbios gastrointestinais como náuseas e vômitos foi importante a manutenção de um ambiente confortável, fresco com evicção de odores fortes. Tentei que os momentos de refeição fossem ajustados aos hábitos e gostos da pessoa, dando especial atenção à apresentação da comida e providenciando a mesma em quantidades adequadas e intervalos regulares de acordo com os desejos do doente. Várias foram as situações em que as pessoas manifestaram desejos de alimentos ou bebidas específicas, tendo sido nestes casos a família uma mais-valia ao providenciar os mesmos, o que também lhes trouxe gratificação por se sentirem envolvidos em todo o processo.

Na abordagem à pessoa com confusão foi importante o empenho não só de toda a equipa multidisciplinar como também da família, implementando medidas como o recurso a um tom de voz suave, evitando confrontos, orientando no tempo, espaço e pessoa, transmitindo segurança e garantindo um ambiente calmo, através da redução dos estímulos externos. Neste sentido, constatei que o recurso à restrição física não é uma realidade, sendo dada preferência ao controlo químico em casos de confusão major em que pessoa representa um risco para si própria e para os que a circundam.

As alterações do padrão sono foram dos distúrbios que as pessoas internadas referiram como mais desagradáveis e geradores de sofrimento. As intervenções não farmacológicas implementadas visavam essencialmente a manutenção de um ciclo de sono-vigília o mais regular possível, tentando manter a pessoa ativa durante o dia, evitando períodos prolongados de descanso desnecessários. Medidas simples, como o evitar a administração de substâncias estimulantes ou que pudessem perturbar o sono são respeitadas na unidade de cuidados paliativos do Hospital da Luz. Assim verifiquei que terapêuticas como por exemplo a furosemida e a dexametasona não são habitualmente administradas após as 17 horas, de forma a não prejudicarem o período de sono.

Visando a melhoria da qualidade dos cuidados, os enfermeiros procuram desde há algumas décadas estruturar a sua prática de uma forma metódica, enriquecendo o nosso trabalho com vocabulário que permite modelar a nossa intervenção, tornando assim mais evidente a natureza própria dos cuidados de enfermagem. Neste pressuposto, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2016), afirma que a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIFE) é um instrumento que facilita a comunicação entre os enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. Os dados e informação de enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão

dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas.

Com o intuito de documentar todos os diagnósticos de enfermagem e intervenções planeadas/executadas explorei o livro da CIPE versão 2015. Neste sentido, identifiquei os seguintes focos como os mais frequentes no âmbito do controlo de sintomas em cuidados paliativos: agitação; alucinação; angústia; ascite; caquexia; cólica; confusão; controlo da dor; controlo de sintomas; convulsão; defecação comprometida; delírio; desconforto; diarreia; dispepsia; dispneia; dor; edema; fadiga; ferida neoplásica; hemorragia; hipersónia; hipoatividade; insónia; intolerância à atividade; náusea; obstipação; obstrução; prurido; qualidade de vida; salivação; sintoma.

Apoiada na minha experiência verifico que atuação dos enfermeiros deve estar direcionada para a avaliação sistemática dos sinais e sintomas, para a implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e o envolvimento da família, sempre em articulação e complementaridade com a restante equipa multidisciplinar. Posto isto, e com base na experiência adquirida com no estágio III concluo que a intervenção no controlo de sintomas deve ter em conta as repercussões que estes têm para o bem-estar da pessoa e família como unidade de cuidados, e as intervenções aqui implementadas devem promover a qualidade de vida com respeito pela dignidade.

- c) Aperfeiçoar competências comunicacionais no âmbito da prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, e aos seus familiares

A abordagem comunicacional a pessoas que necessitam de cuidados paliativos requer uma sensibilidade particular para a qual o enfermeiro especialista tem de estar habilitado. A capacidade para comunicar e estabelecer relações permite fornecer informações à pessoa e família considerando diversos fatores individuais que possibilitam o ajustar da informação ao seu estado particular. Uma comunicação eficaz pode fazer a diferença entre o estabelecimento de um percurso de internamento adaptado, ou um desajustado e patológico.

A forma como comunicamos tem mais significância que a mensagem que queremos transmitir, em particular nos cuidados paliativos, a relação terapêutica é detentora de uma importância primordial assumindo-se não só o conteúdo mas também a forma do discurso como crucial nesta relação. Cedo apercebi-me de que o que se diz, como

se diz, quando se diz, a quem se diz ou a simples ação de não dizer nada, são partes de um processo que embora pudesse parecer aparentemente simples, no contexto de cuidados paliativos encontra-se bem longe disso.

Efetivamente, a maior parcela da comunicação não recorre à oralidade existindo uma variedade de comportamentos que se sincronizam na linguagem não-verbal, como os gestos, o toque, a intensidade da voz, a posição corporal, a expressão facial e o contacto visual. Deste modo, a noção de que a comunicação não-verbal permeia tudo aquilo que dizemos esteve sempre presente na minha mente, uma vez que é através desta que revelamos sentimentos e intenções, podendo condicionar o estabelecimento de um vínculo que é imprescindível na relação entre o cuidador e o ser que é cuidado.

No decurso do estágio levantou-se um receio inesperado criado em torno da abordagem às pessoas internadas e às suas famílias, apercebendo-me de que mesmo uma informação pontual menos correta poderia por em causa parte do processo desenvolvido, colocando em risco alguns ganhos conseguidos previamente por colegas e outros profissionais. Na verdade o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na comunicação é um trabalho gradual, feito desde o momento da admissão, e onde posteriormente se planeia todos os passos que levam ao processo de informação da situação clínica, dos cuidados a implementar e os resultados encontrados.

Com apoio de toda a equipa e após alguns momentos de reflexão pessoal, pude ultrapassar estes constrangimentos iniciais e aprender muito sobre a natureza humana e como intervir em diversas situações utilizando estratégias que foram desde o silêncio até ao feedback. As experiências vivenciadas permitiram-me reconhecer que o processo comunicacional deve ser claro, compreensível, credível mas sobretudo singularizado à necessidade de informação, adaptado ao nível cultural e cognitivo dos diversos elementos, promovendo o estabelecimento de uma relação terapêutica honesta.

Neste âmbito, várias foram as situações que numa primeira abordagem senti algumas barreiras na comunicação com a pessoa e família evidenciadas por uma dificuldade na partilha de informação, emoções e também atitudes. Lembro um caso em específico de um senhor na casa dos 50 anos de idade, vítima de doença oncológica incurável, que se encontrava internado na unidade de cuidados paliativos para controlo sintomático.

Inicialmente pouco comunicativo, postura tensa, com recusa a sair do seu quarto, não dirigindo o olhar quando comunicava verbalmente e mantendo um claro distanciamento nas relações interpessoais que estabelecia. Neste caso, estou em crer que a adoção de uma linguagem corporal positiva, dando espaço e respeitando a distância que

para ele era confortável na relação com o outro, demonstrando que tinha disponibilidade para o escutar foram elementos fundamentais no estabelecimento de uma relação terapêutica que serviu como base para a modificação que foi notória no seu comportamento.

Progressivamente tornou-se mais comunicativo e sorridente, com uma adesão e envolvimento ativo nos cuidados prestados culminando no controlo dos sintomas que tinham originado o seu internamento. Ainda, foi gratificante notar a evolução de uma pessoa que inicialmente não queria sair do seu espaço, para uma com atitude positiva que lhe estimulava a sair diariamente do espaço físico do Hospital da Luz, evidenciando assim a dimensão fundamental de uma abordagem abrangente e compreensiva que maximiza a qualidade de vida da pessoa no tempo que lhe resta.

Apesar de ser uma tarefa por vezes difícil, informar reduz a incerteza e constitui uma ajuda fundamental para o processo de aceitação da pessoa e família, fazendo com que consigam lidar de outra forma com a situação, participarem na tomada de decisão e envolverem-se no processo de cuidar. Nesta lógica, relembro outra situação concreta referente a familiares que encontravam-se substancialmente inquietos e ansiosos projetando esta instabilidade no doente, sendo esta uma situação complexa que se traduzia pelo aumento do desconforto e angústia deste.

Através da compreensão de que as preocupações da família relacionavam-se com o prognóstico do seu ente querido, recorri a uma comunicação clara e simples e com o apoio prévio do tutor implementei uma estratégia a qual habitualmente denominam “fazer dedos cruzados”, ou seja, manifestar que desejamos esperar o melhor mas contudo colocar em cima da mesa a hipótese de o pior vir a ocorrer. De forma geral, comuniquei com a família com base nas suas preocupações e expectativas, incentivando a esperança realista e o cumprimento de metas viáveis, que se adaptassem de acordo com a evolução da pessoa doente, aproveitando o tempo que lhes resta juntos para pôr em prática atitudes que visem a qualidade de vida em todos os dias.

Tal como pude verificar no decorrer do estágio III, os problemas relativos com a comunicação parecem ser comuns no fim de vida, mesmo em famílias com um bom funcionamento prévio à doença, sendo que a má comunicação acaba por trazer um maior sofrimento do que outros problemas relacionados por exemplo com o controlo sintomático.

Em verdade, a crença de que falar sobre a doença e a morte desencadeiam angústia na pessoa, leva a que a conspiração do silêncio seja um fenómeno que surja com alguma frequência na prestação de cuidados em fim de vida. Ao pactuarmos com esta

situação podemos fazer com que a pessoa e a sua família se sinta incapaz de resolver assuntos considerados importantes, podendo posteriormente dificultar a vivência do luto de forma saudável. Por este motivo Mendes (2009), afirma que os profissionais de saúde têm de ser

capazes de propiciar ao doente e à família a capacidade de expressarem os seus sentimentos sobre a fase final de vida e sobre a morte, rompendo com a conspiração do silêncio, situação na qual o doente, a família e os profissionais não falam da morte que se aproxima, embora todos estes actores saibam o que vai acontecer (p.28).

As particularidades e as características de cada individuo fazem com que não se possa realizar uma norma para comunicar eficazmente, motivo pelo qual a atuação do profissional deve adaptar-se à individualidade de cada situação. Ao informar a pessoa doente tentei atender a aspetos como o conhecimento que possui do seu estado de saúde, o tipo e o estadió da doença e ainda ter em conta fatores individuais específicos como a idade, o sexo, o nível de conhecimentos e a identificação cultural.

Neste sentido, preparei-me para responder adequadamente às questões que me foram colocadas, de forma honesta e respeitadora, acautelando a fragilidade de cada pessoa, os seus receios e angústias, na procura permanente de criar um ambiente de confiança e compreensão que fosse de encontro ao estabelecimento de uma relação promotora da individualidade e dignidade da pessoa e da sua família.

Assim, o estágio III confirmou-se como um contexto ideal para desenvolver competências comunicacionais, nas diversas vertentes para com a pessoa, a família e entre profissionais, permitindo-me dar resposta aos seguintes critérios: *“demonstra resultados qualificados, individualizados e atempados de comunicação entre indivíduos, cuidadores, familiares e membros da equipa, salvaguardando necessidades individuais, desejos e respectivos cuidados”* e *“utiliza ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa (...) cuidadores e familiares, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas”* (OE, 2011, p.4).

Por ser uma área onde existem temas complicados de lidar do ponto de vista ético, moral, legal com implicações para os cuidados prestados, optei na minha prática por tentar perceber e conhecer a postura da equipa perante as diversas situações específicas, discutindo com os mesmos e identificando qual a melhor abordagem e que estratégias comunicacionais utilizar perante cada caso. Com efeito, considero que mobilizei para o contexto prático as seguintes competências comuns do enfermeiro especialista: *“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* e *“promove*



*práticas de cuidados que respeita, os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (OE, 2010, p.4-5).

Com base em todo o meu empenho e investimento realizado, consegui integrar o processo de comunicação como algo natural, atingindo uma ponderação entre todos os aspetos relacionados com o que se pretende transmitir, filtrando as informações recebidas e assumindo estas tarefas como complexas, visto que no limite condicionam a relação e os cuidados entre os profissionais e as pessoas que cuidam, bem como daqueles que os acompanham no processo de fim de vida.

Finalizava este ponto afirmando que sinto uma maior preparação para comunicar em situações complexas. Embora não deixem de ser momentos difíceis, aprendi que podemos moderar e minimizar os seus efeitos com uma preparação prévia e recorrendo a estratégias de comunicação facilitadoras de uma relação terapêutica e do trabalho em equipa, com respeito pela individualidade humana e pelos princípios éticos que norteiam a profissão.

- d) Aprofundar competências relacionais para intervir ativamente junto dos cuidadores e familiares da pessoa a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida.

A família representa um pilar fundamental no apoio à pessoa com necessidades associadas à doença avançada, incurável e progressiva. Neste âmbito, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, defende que a família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados e, por sua vez, ela própria deve ser objeto de cuidados quer durante o período de doença quer no luto. Em vista disto, para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença determina, necessitam de receber apoio, informação e educação.

De acordo com Neto (2008), a crise que o sofrimento em situações que requerem cuidados paliativos representa, atinge não só a pessoa como todos aqueles que com ele convivem e que lhe estão afetivamente ligados. As necessidades da família têm de ser devidamente equacionadas pela equipa de saúde, que obrigatoriamente deverá possuir competências para apoiar os seus membros de forma estruturada.

Neste sentido a OE (2011), definiu no seu regulamento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa que compete ao enfermeiro evoluir os cuidadores da pessoa em situação crónica, incapacitante

ou terminal, para otimizar os resultados na satisfação das necessidades. Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro especialista estabelece parcerias com o doente e família, no planeamento dos cuidados, onde informa, explica e os envolve no processo de tomada de decisões e no processo de cuidados.

Baseada na minha prática profissional, na experiência vivenciada em estágio e nas reflexões feitas em conjunto com o tutor, constato que habitualmente os problemas neste contexto decorrem da falta de informação acerca do estadio da doença, do padrão da comunicação intrafamiliar estabelecido, da dificuldade em tomar decisões, dos conflitos intrafamiliares pré-existentes e da falta de recursos de apoio não só materiais mas também emocionais.

Desta forma, o conhecimento da estrutura familiar possibilitou-me a antevisão de possíveis problemas e dificuldades, planeando em conjunto com a restante equipa, intervenções individualizadas que visavam encontrar um sentido promotor da dignidade em fim de vida para todos os elementos envolvidos no processo. Ao planear esse apoio, para além da identificação de quem é o cuidador principal e de quem é considerado pela pessoa como pertencente à sua família foi fundamental perceber quais as principais necessidades dos próprios familiares.

Recordo o caso de um Sr. com cerca de 60 anos internado na unidade de cuidados paliativos por descontrolo sintomático, vítima de doença oncológica avançada e incurável. Encontrava-se sempre acompanhado pela sua esposa, visivelmente cansada e pouco recetiva numa primeira instância à intervenção dos diversos profissionais.

Expectando a perda do seu marido, tenho presente que esta nunca abandonou a unidade até o dia do seu falecimento, sendo que ao estabelecer uma relação terapêutica com a mesma pude compreender a sua singularidade e envolve-la ativamente no processo de cuidados ao seu familiar, integrando-a nomeadamente em atividades como a alimentação, a higiene e ainda em outras medidas que visavam o conforto como a gestão do posicionamento corporal e a realização de massagens. Todas estas medidas resultaram numa maior abertura desta perante a equipa de saúde, evidenciada pelo aumento do seu bem-estar e através do agradecimento de toda a atenção e disponibilidade, reconhecendo que embora tenha sido uma altura muito desgastante para si foi também um tempo único e gratificante no cuidar do seu marido que estava em fim de vida.

Posto isto, é-me possível afirmar que o cuidar de uma pessoa com doença avançada incurável e terminal é uma experiência exigente e complexa, que traz um nível de stresse tão elevado que pode minar a saúde física e psicológica dos vários elementos da

família. Foi assente nesta preocupação que frequentemente emergiu a necessidade da implementação de conferências familiares.

Estas foram uma mais-valia como instrumento de trabalho no apoio não só à pessoa internada na unidade como também da sua família, maximizando o sucesso das intervenções que após este momento foram implementadas. A possibilidade de reunir várias pessoas, que desempenham um papel fundamental nos cuidados tornou a comunicação mais clara e aumentou a confiança sentida na equipa, facilitando assim a adesão ao plano terapêutico.

Para Neto (2008), esta reunião tem de ter um plano previamente traçado e acordado pelos profissionais que vão estar presentes em que, para além da partilha da informação e de sentimentos, pretende ajudar a melhorar alguns padrões de interação na família. Importa salientar que a informação a transmitir deve ser previamente consensualizada em equipa, tendo sempre como prioridade o compromisso de todos os profissionais para e com o melhor bem-estar da pessoa doente.

No que toca ao papel que assumi nas conferências familiares em que participei, frisava que embora nas primeiras tenha apresentado uma postura de maior observação, o meu desempenho foi convergindo para uma participação cada vez mais ativa e segura. Sem dúvida que a preparação prévia destas reuniões, com a discussão de pontos-chave e estabelecimento de um plano por parte da equipa multiprofissional, refletiu-se no sucesso das conferências em que participei sendo que todos os profissionais falavam “uma mesma linguagem”, dando confiança nas informações transmitidas e potenciando os ganhos na qualidade de vida da pessoa e família.

Outro dos aspetos fundamentais que importa evidenciar quando falamos do apoio à família em cuidados paliativos é o luto. Considerando este processo como uma reacção normal a uma perda significativa, envolto de vários pensamentos e sentimentos com fases e características específicas, verifiquei que este não é apenas experienciado no momento da morte, iniciando-se antes da mesma com as várias perdas que vão surgindo e são vivenciadas pela pessoa doente e família.

Ciente da dimensão da questão relativa ao luto, a OE (2014), na sua proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa visou a problemática afirmando que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa deve atender ao “apoio à família no reforço da prestação de cuidados adequados e na prevenção de luto complicado ou patológico” (p.9).

Também a unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz sentiu a necessidade de definir e implementar medidas que visassem a melhoria contínua da qualidade no apoio prestado após o óbito. Deste modo, em janeiro de 2015 formularam o projecto “Apoio ao Luto em Familiares de Clientes em Cuidados Paliativos”, pretendendo que este se enquadrasse nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE, assim como nos domínios de competências específicos para a enfermagem especializada em pessoa em situação crónica e paliativa.

Sumariamente, o projeto referido encontra-se estruturado em duas etapas, a primeira dirigida às intervenções antes do óbito e a segunda dirigida ao período decorrente após o óbito do familiar. No que concerne ao apoio antes do óbito, este abrange intervenções sistematizadas de apoio à família e avaliação do risco de luto patológico.

Após a morte, além do apoio imediato que é prestado de acordo com as boas práticas e os valores que norteiam a profissão é feito o envio de uma carta de condolências um mês depois do falecimento com um folheto informativo relativo ao luto. No segundo mês após o óbito é feito um primeiro contacto telefónico e aos 6 meses efetua-se um segundo contacto no qual é aplicado um instrumento de avaliação de luto prolongado (*Prolonged Grief Disorder*). Posteriormente a esta aplicação, e não existindo a evidência de luto prolongado é dado alta do programa e nos casos em que é identificado luto prolongado, o cuidador deve ser encaminhado para um grupo de apoio ao luto ou para uma consulta individual com a psicóloga.

Finalizando a análise subjacente ao presente objetivo específico, importa salientar que a satisfação das famílias com os cuidados prestados à pessoa doente é um importante indicador da qualidade dos cuidados. Na intervenção junto destes, temos de considerar que as famílias sofrem complexos fenómenos de ajustamento às mudanças provocadas pelo processo de doença prolongada e incurável, pelo que estas alterações podem-se constituir como fortes constrangimentos ao desempenho dos seus papéis tradicionais enquanto cuidadores.

Posto isto, afirmo que no decorrer do estágio III desenvolvi competências essenciais no apoio à família, com o objetivo principal de ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, pretendendo que a sua participação no processo de perda que vivenciaram fosse experienciada da forma mais saudável possível, em consonância com o que se encontra definido pela OE.

Acredito que todo o meu percurso de aprendizagem permitiu-me ir de encontro às seguintes competências: “*cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal,*

*dos seus cuidadores e familiares, (...) diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “estabelece uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte”* (OE, 2011, p.3-4).

- e) Compreender o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar no âmbito do exercício profissional em cuidados paliativos.

Na ótica da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006), pensar-se em cuidados paliativos sem ter em atenção um adequado trabalho em equipa multidisciplinar, representa um enorme erro, na medida em que apenas com um funcionamento coordenado e interdisciplinar é possível dar resposta às necessidades da pessoa doente e da sua família. Assim, o “profissionalismo, a flexibilidade e adaptabilidade, o rigor técnico, o respeito e o apoio interprofissional, com estabelecimento de um clima de cooperação franca, são também pilares importantes e fulcrais, para a qualidade do trabalho em equipa” (p.9).

A equipa de saúde com a qual tive a oportunidade de trabalhar em estágio é efetivamente multidisciplinar com características próximas às de uma hierarquia horizontal, onde o diálogo permanente foi visível e essencial para promoção de decisões em conjunto que resultaram na excelência dos cuidados prestados e na satisfação de todos os que ali trabalham. Percebi que o trabalho em equipa respeita os conhecimentos e contributos de todos os elementos, verificando-se uma partilha de responsabilidade no momento da decisão. Esta dinâmica contribui para uma orgânica própria de comunicação constante entre todos os profissionais, e é consolidada por reuniões feitas semanalmente na unidade.

Na unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz, as reuniões multidisciplinares são realizadas geralmente às terças-feiras, com o objetivo de analisar casos clínicos complexos, promovendo a discussão e a reflexão sobre as práticas, resultando daqui um plano de intervenção acordado por toda a equipa e que visa fundamentalmente a dignificação dos cuidados prestados. Destacava que nestas, a presença de diversos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo, nutricionista, farmacêutico e fisioterapeuta) é habitual e cada elemento é incentivado a participar ativamente, assumindo-se de vital importância para o trabalho que aqui é desenvolvido os contributos de todos.

Foram três as reuniões multidisciplinares que tive a oportunidade de participar, observando atentamente o papel dos diversos profissionais de modo a compreender a dinâmica inerente a estas e intervindo pontualmente, sendo que em duas destas reuniões houve um momento de formação interna ao qual denominam de *journal club*. Esta dinâmica visa melhorar a capacidade crítica científica, estimular a análise e interpretação de artigos de investigação publicados, proporcionando assim um estímulo à aprendizagem. Na primeira sessão o artigo analisado intitulava-se “*The Relationship Between Coping Strategies, Quality of Life, and Mood in Patients with Incurable Cancer*” publicado em 2016, na revista *Cancer* por Nipp, et al.

O estudo supracitado realizou-se com base num ensaio clínico randomizado que abrangeu pessoas diagnosticadas com cancro incurável (pulmonar e gastrointestinal) a 8 semanas, observando a forma com estes lidam com a sua doença. Os resultados alcançados evidenciam a importância da necessidade de um melhor entendimento da forma como as pessoas com diagnóstico de cancro incurável lidam com a sua doença e determinação de que intervenções podem facilitar o uso de estratégias de *coping* mais adaptativas.

No que concerne ao artigo analisado na outra reunião multidisciplinar intitulava-se de “*Emergencies in Palliative Care*” e foi publicado por Schrijvers e Fraeyenhove no ano 2010 no *The Cancer Journal*. Durante a fase de cuidados paliativos as emergências diferem das que ocorrem em outras fases da vida, sendo que estas podem ser desde índole físico, emocional e existencial e envolvem a pessoa, família e por vezes também o profissional de saúde. A revisão referida contempla o impacto na qualidade de vida da pessoa em fim de vida, sem focar-se em especificações da doença e as situações abordadas neste artigo são: a dor, dispneia, hemorragia maciça, ansiedade, delirium, crises epiléticas e o comportamento agressivo do cuidador informal.

Indiscutivelmente, o trabalho em equipa é uma das características fundamentais na prestação de cuidados nesta área específica, pelo que importa evidenciar qual a magnitude do papel do enfermeiro, indo de encontro ao objetivo que estabeleci. Já há algum tempo que as intervenções para promover o conforto no final de vida, nas suas dimensões física, psicológica, emocional, espiritual e existencial são uma preocupação para a Enfermagem.

Com base nesta inquietação a OE publicou um catálogo intitulado “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”. Este foca-se na prioridade de saúde dos cuidados paliativos para uma morte digna, assumindo que este conceito de dignidade é um valor essencial na prática profissional do enfermeiro e um componente do código de ética

inerente ao respeito pelos direitos humanos, incluindo os culturais, o direito à vida e às escolhas.

Nesta linha de pensamento oferecer cuidados paliativos em enfermagem é segundo Bragança (2011), prestar cuidados holísticos, associados ao controlo de sintomas, demonstrando à pessoa doente que uma morte tranquila e digna é um direito, contribuindo deste modo para que a sociedade perceba que é possível dissociar a morte e o morrer do medo e do sofrimento.

Com efeito, aferi na prática que no processo de cuidar o enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada uma vez que acompanha a pessoa nas 24 horas do dia, relacionando-se de perto com os familiares, podendo desenvolver uma relação terapêutica baseada numa comunicação profunda. Assim, o enfermeiro influencia a maneira como a pessoa e família vivem e experienciam a doença e o impacto que todo este processo pode ter na sua dignidade. Em suma, compreendi que nós assumimos um papel de importância capital na equipa de saúde, garantindo a articulação dos cuidados, comprovando assim que somos um elemento fundamental no controlo efetivo de sintomas, na promoção da qualidade de vida e no apoio que é determinante à família.

Por fim, destacava uma das últimas atividades que constavam do meu planeamento para o estágio III e que visavam a identificação de fatores de risco associados à exaustão física e emocional dos profissionais e o reconhecimento das estratégias para combater-las. De forma a aprofundar conhecimentos nesta área e dar resposta à unidade de competência *“reconhece os efeitos da natureza do cuidar em indivíduos com doença crónica incapacitante e terminal, nos seus cuidadores e familiares, sobre si e outros membros da equipa, e responde de forma eficaz”* (OE, 2011, p.4), recorri à pesquisa bibliográfica.

Trabalhar em cuidados paliativos pode ser bastante desgastante, pelo que não são apenas as pessoas e suas famílias os únicos acometidos por situações de stress quando confrontados com a doença em estado terminal e a morte, mas também aqueles por quem são cuidados. Deparar-se com questões éticas, morais, psicológicas ou emocionais bem como com outras relacionadas com a morte, sofrimento, injustiça pode trazer repercussões para o enfermeiro. Simões (2013) afirma que os profissionais de saúde

experienciam níveis de stress elevados como consequência da intensidade do seu trabalho, do ambiente que o circunda, do envolvimento nos cuidados e das responsabilidades associadas aos mesmos. A prestação de cuidados paliativos pode levar os profissionais de saúde a um estado de exaustão física, psicológica e emocional, propiciando uma viagem entre euforia e o desespero com consequências funestas no desempenho profissional e pessoal (p.20).

É neste âmbito que surge o conceito de *burnout* e que resulta essencialmente de uma tensão emocional que se tornou crónica, devido aos relacionamentos complexos e intensos com a pessoa doente e a sua família, levando a um sentimento de vazio, de fracasso profissional e de incapacidade para o trabalho.

Sobre esta temática Simões (2013), refere que os estudos publicados evidenciam que apesar dos elevados níveis de stresse a que os profissionais de saúde que trabalham em cuidados paliativos se encontram expostos, estes apresentam igual ou menor nível de *burnout* do que profissionais que exercem a sua prática em outras áreas. Para o autor, os fatores que funcionam como elementos protetores contra o desenvolvimento de Síndrome de *burnout* vão desde a interiorização da filosofia dos cuidados paliativos, a satisfação laboral, o reconhecimento prévio do potencial de stresse inerente a esta área do cuidar até à implementação precoce de programas de apoio e suporte à equipa multidisciplinar.

Em consonância com o autor supracitado, verifiquei que é visível a satisfação e gratidão dos profissionais face às respostas positivas transmitidas após a prestação de cuidados gerada pelo atenuar do sofrimento do outro. As pessoas que trabalham na unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz encontravam-se altamente motivadas, transparecendo um sentimento de pertença a uma equipa que verdadeiramente é coesa e que se apoia mutuamente.

Terminando este ponto, interessa reconhecer que ao longo do estágio fui envolvida num sistema interativo de profissionais que perseguem interesses, exigências e ideologias comuns. O facto de me terem considerado como um elemento ativo da equipa, fez com que sentisse que a minha experiência profissional fosse respeitada, estimulando o meu espírito crítico, a minha autonomia, refletindo-se no meu desempenho e consequentes aprendizagens que revelam a aquisição da seguinte unidade de competência: “*colabora com os outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio*” (OE, 2011, p.3)



**CAPÍTULO V – DESENVOLVIMENTO DE  
COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-  
CIRÚRGICA**



O Processo de Bolonha estrutura o ensino superior em três ciclos, embora com diferenças substanciais entre estes. Na conceção de Amaral (2005), o facto de tornar mais frequente a obtenção do grau de mestre, por todos quantos possam e queiram continuar os seus estudos, tem como objetivo melhorar substancialmente a qualificação científica e cultural dos diplomados do ensino superior, aumentando a competitividade e o dinamismo do espaço económico e social europeu.

De acordo com o decreto-lei nº 74/2006 de 24 março, o grau de mestre é atribuído aqueles que possuam um nível de conhecimentos e capacidades de compreensão que permita o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo e constituam a base de desenvolvimento e ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação.

Em vista disto, e dando continuidade aos capítulos anteriores onde analisei e refleti sobre as atividades desenvolvidas que me apoiaram na aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, importa agora fazer um breve paralelo com o perfil de competências fundamentais inerentes ao Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Na procura ativa de conhecimentos, ao longo de todo o percurso decorrente do mestrado procurei através da pesquisa bibliográfica, fundamentar a minha intervenção na evidência científica, sustentando os saberes obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos e desenvolvendo-os através das experiências vivenciadas em estágio e leitura de trabalhos de investigação na área. Assim, suportei o curso de mestrado numa componente teórica sólida que fomentou o desenvolvimento de competências fundamentais, assentes no respeito pela ética e deontologia da profissão e no pensamento crítico, tendo em vista a excelência no cuidar.

Contudo, como futura mestre em enfermagem médico-cirúrgica considero que não basta consultar os documentos com a mais recente evidência, pelo que partilhei estes com os restantes colegas de serviço, recorrendo a estratégias promotoras da prática baseada na evidência através da divulgação de resultados de trabalhos de investigação no local onde exerço funções, agindo deste modo como modelo na prática.

Ainda neste sentido, importa referir que todo o trajeto efetuado despertou-me para o contributo que a produção de investigação tem para a prática pelo que pretendo envolver-me em projetos deste cariz num futuro próximo, tendo a possibilidade de divulgar e dar visibilidade científica a medidas que são fundamentais para o crescimento e afirmação da enfermagem.

Ao refletir sobre a capacidade para “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, ainda que relacionados com a sua área de estudo em contextos alargados e multidisciplinares” (decreto-lei n.º74/2006, p.2246), orientei o seu desenvolvimento com recurso ao processo de enfermagem, garantindo um cuidar individualizado adaptado às necessidades concretas da pessoa em situação crítica, crónica avançada ou paliativa e à sua família.

Tal como referido nos capítulos precedentes, no estágio em contexto de cuidados intensivos concretizado na UCIP do Hospital Dr. Nélcio Mendonça realizei um estudo caso fundamentado, que me permitiu debruçar sobre os focos de atenção específicos na pessoa em situação de doença crítica com falência multiorgânica associada, resultando no levantamento de diagnósticos de enfermagem essenciais à implementação de cuidados complexos, com recurso ao processo de enfermagem como instrumento que permitiu-me personalizar o pensamento com base não só em critérios científicos mas também em atitudes e valores essenciais à profissão.

De igual modo, o estudo de caso que efetuei no decorrer do estágio III na unidade de cuidados continuados e paliativos do Hospital da Luz permitiu-me a aplicação de conhecimentos sólidos na prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada em fase final de vida, demonstrando capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas, evidenciados pelo planeamento e implementação de intervenções com vista à manutenção da qualidade de vida, dignificação e respeito pela individualidade da pessoa em fim de vida e da sua família.

É indiscutível que a tomada de decisão assume-se como um fator preponderante na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, sendo que enquanto futura mestre em enfermagem médico-cirúrgica é fundamental refletir sobre a forma como o nosso agir espelha a capacidade para “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (decreto-lei n.º74/2006, p.2246).

Para Fernandes (2010), a tomada de decisão surge para dar resposta aos problemas de enfermagem identificados nas pessoas e encerra uma dimensão ética, para além da sua dimensão científica fundamental. Com efeito, o enfermeiro é detentor de

conhecimentos específicos de enfermagem, completado com conhecimento de outros domínios, que suportam o exercício das suas responsabilidades profissionais.

No contexto da prática desenvolvida em estágio no cuidado à pessoa e família perante uma situação de doença crítica e/ou falência orgânica, a tomada de decisão clínica autónoma, segura e fundamentada implicou uma avaliação criteriosa do doente com recurso à metodologia ABCDE, aliada aos achados provenientes da monitorização e reconhecendo que estes têm pouco significado quando não são integrados e analisados à luz de um conjunto de sinais evidenciados pela pessoa doente.

Reconhecendo a incerteza que a doença crítica representa, e o ambiente físico frio, complexo e altamente tecnológico que caracteriza a UCIP e o SU, na procura da excelência do exercício profissional, responsabilizei-me por promover a humanização dos cuidados, antecipando e gerindo os impactos emocionais gerados pelo episódio de doença, através do estabelecimento de uma relação terapêutica com os diversos elementos alvo dos cuidados.

Por sua vez, no cuidar da pessoa vítima de doença crónica avançada e paliativa face à singularidade desta fase do ciclo vital, fixei a minha intervenção na filosofia dos cuidados paliativos assentando a minha prática e consequente desenvolvimento de competências nos quatro pilares fundamentais (controlo sintomático, comunicação eficaz, apoio à família e trabalho em equipa), integrando assim um conjunto de saberes que me permitiram intervir em situações complexas.

Desta forma, em consonância com os princípios éticos consignados no processo de tomada de decisão, responsabilizei-me pelos cuidados que implementei e que pretendi dirigirem-se à pessoa doente e não à doença, aceitando a morte como uma etapa da vida e respeitando a autonomia, a dignidade, a vontade, a individualidade e a inviolabilidade da vida humana.

Outro dos pontos definidos pelo decreto de lei aqui abordado remete para a capacidade de “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades” (decreto-lei n.º74/2006, p.2246). Para este efeito, enfatizo a formação em serviço como uma das atividades que me apoiou no desenvolvimento da habilidade supracitada.

Como referido no capítulo relativo ao estágio no SU do Hospital Dr. Nélcio Mendonça, após diagnosticar uma necessidade formativa em contexto da prática, programei, concebi e implementei uma sessão de formação no serviço intitulada “Transporte Intra-Hospitalar do Doente Crítico”, com uma adesão de 100% dos elementos

da equipa de trabalho de enfermagem à qual estive associada em estágio. Deste modo, adquiri conhecimentos e capacidades através da pesquisa bibliográfica, tive oportunidade de observar atentamente e repensar atitudes, organizando posteriormente um trabalho que visou a promoção de boas práticas no transporte intra-hospitalar do doente crítico através da comunicação das recomendações relativas ao transporte de doentes críticos definidas pela SPCI (2008).

Para Degallaix e Meurice (2003) aprender não consiste em sobrepor parcelas de informação àquelas que já possuímos, nem tão pouco expulsar os conhecimentos anteriores colocando outros no seu lugar. Refere-se então à capacidade de “restruturar esse saber anterior integrando nele novas aquisições e, graças a esta nova bagagem, poder enfrentar com maior eficácia situações novas”(p.13).

Baseada na premissa anterior, a conclusão do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica insere-se num projeto pessoal que iniciou-se após a conclusão da licenciatura em enfermagem e a partir do momento em que iniciei a atividade profissional, tendo progressivamente identificado carências formativas e preferências pessoais que me motivam diariamente para aprender.

Assim, considero que as vivências relativas à atividade profissional abrem as portas para a formação contínua, assumindo-se como o grande impulso para a atualização de competências profissionais que permitem responder aos desafios emergentes e resultantes da elevada complexidade do cuidar em saúde.

Em suma, considero a autoformação como uma componente fundamental desenvolvimento profissional, que dá resposta a um dos deveres consignados no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 88º na alínea c) “manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p.91) e que me permite evidenciar competências compatíveis com o grau de mestre que me permitem “uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (decreto-lei 74/2006, p.2246).

Terminava afirmando que as competências provenientes da especialização em enfermagem médico-cirúrgica aliadas às responsabilidades acrescidas advindas do grau de mestre em enfermagem, permitem-me uma visão crítica, reflexiva, baseada no conhecimento científico sobre as habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados no cuidar da pessoa e família vítima de doença crítica, crónica avançada e paliativa.

## CONCLUSÃO

Concluído todo este percurso formativo decorrente do Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica que culminou com a elaboração do presente relatório, acredito que atingi o objetivo a que me propus inicialmente, evidenciando o percurso realizado nos estágios desenvolvidos na UCIP e SU do Hospital Dr. Nélio Mendonça e na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz.

Deste modo, este trabalho contribuiu fortemente para o meu crescimento pessoal e profissional, concretizando-se como um instrumento que dá visibilidade às competências, habilidades, atitudes e valores desenvolvidos para o cuidar da pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, crónica avançada ou em fase final de vida, tendo sido para tal imprescindível o apoio concedido pelos docentes orientadores. Assim, a prossecução dos objetivos delineados previamente aos estágios permitiram-me elevar as minhas aprendizagens ao longo deste percurso, o que contribuiu para a qualidade dos cuidados e a excelência no exercício da profissão, numa prática fundamentada na evidência científica, enquanto condição *sine qua non* do Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Relativamente aos estágios realizados, considero que a prática clínica em contexto de cuidados intensivos possibilitou-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, relacionais e ético-deontológicas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, representando um contributo efetivo para a aquisição de metodologias de trabalho eficazes que me permitirão antecipar, reagir e intervir em situações inesperadas e complexas.

Por sua vez, o estágio efetuado no SU proporcionou-me diversas situações de aprendizagem para a prestação de cuidados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crítica, nomeadamente na área de trabalho da sala de emergência e sala de observação, permitindo-me a aquisição e aprofundamento de competências científicas, técnicas, relacionais e ético-deontológicas, essenciais para reagir perante situações complexas, com base na evidência científica e alicerçada nas responsabilidades sociais e éticas inerentes à profissão.

No que toca ao estágio concretizado na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz, facilitou-me o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e família a vivenciar uma situação de doença crónica avançada ou em fase final de vida, consolidando

deste modo habilidades, atitudes, valores e comportamentos inerentes ao cuidar numa área que considero aliciante e motivadora no meu exercício profissional.

Tal como acontece com outras atividades, o fator tempo foi uma condicionante na execução deste trabalho, atendendo à gestão que tem de ser sempre feita entre a vida pessoal, profissional e as responsabilidades académicas. Outra das dificuldades sentidas relacionou-se com a minha inexperiência na realização de trabalhos deste cariz e os poucos anos de exercício profissional que possuo, sendo esta uma condicionante que considero ter sido facilmente colmatada com o meu envolvimento, empenho e motivação acrescidos para aprender.

Apesar das dificuldades existentes, das dúvidas iniciais e daquelas que percorreram naturalmente todo o curso de mestrado, o resultado de todo o investimento foi compilado no presente relatório, que acredito profundamente constituir um pilar sustentado que demonstra a caminhada que realizei na aquisição de competências fundamentais para a prática de enfermagem especializada.

Posto isto, realço que com o intuito de desenvolver, adquirir e reconhecer competências, compatíveis com as de um enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica ao longo dos estágios utilizei uma atitude proactiva, reconhecendo problemas e oportunidades, e refletindo sobre as suas implicações na prestação de cuidados. Mais do que enriquecer conhecimentos, sinto que necessitei de aperfeiçoar a minha prática através da construção e validação de competências técnicas, científicas, relacionais, éticas e deontológicas que contribuíram para uma prestação de cuidados especializados de qualidade, permitindo uma visão abrangente da pessoa em situação crítica, crónica avançada e paliativa e da sua família.

Assim, a análise e reflexão aqui concretizada sobre as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista no cuidar da pessoa em situação crítica, crónica avançada e paliativa e também sobre as competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica revelou-se construtiva e enriquecedora, contribuindo para a consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do percurso profissional e de aprendizagem em contexto académico, sensibilizando-me para os domínios que carecem de um maior investimento futuro, nesta caminhada constante de procura do aperfeiçoamento pessoal e profissional com vista à excelência no cuidar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, D. F. (2005). *Coloquio temas do processo de bolonha*. Lisboa: Fundação Oriente.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de serviços de cuidados paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos*. Porto: Associação Nacional de Cuidados Paliativos
- Azaredo, T. & Oliveira, L. (2013). Monitorização hemodinâmica invasiva. *Revista Sinais Vitais*, (108), 44-54.
- Baltazar, P. (s.d.). *TISS - 28*. Consultado a 28 de abril de 2016. Disponível em <http://www.uninet.edu/cimc2000/mesas/mr3/baltazar/TISS28.htm>
- Bettinelli, L. & Erdmann, A. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. *Avances en Enfermaría*, 27(1), 15-21.
- Bragança, J. F. (2011). *Enfermeiros de cuidados paliativos: Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados*. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Carneiro, A. (2011). *Manual do Curso de Evidência na Emergência* (4ª ed). Porto: Pfizer.
- Carvalho, J. (2005). *Coloquio temas do processo de bolonha*. Lisboa: Fundação Oriente.
- Carvalho, L., Tavares, O., Freitas, S., Espíndula, B., & Prado, L. (2011). A enfermagem no atendimento emergencial: riscos e medidas preventivas de infecção. *Revista Electrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição*, 3(3), 1-16.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (s.d). Tomada de posição: *O papel dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes terminais*. (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Degallaix, E. & Meurice B. (2003). *Do Desenvolvimento das Competências ao Projecto de Estabelecimento: Construir as Aprendizagens no Quotidiano*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2015). *Estatísticas da saúde da região autónoma da Madeira*. Funchal: DREM.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2015). *Estatísticas demográficas da região autónoma da Madeira*. Funchal: DREM.
- Doig, G. S., Simpson, F., Sweetman, E. A., Finfer, S. R., Cooper, D. J., ... Peake, S. (2013). Early parenteral nutrition in critically ill patients with short-term relative contraindications to early enteral nutrition. *JAMA*, 309(20), 2130 – 2138.
- European Centre Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011–2012*. Estocolmo: Autor.
- Feitosa-Filho, G. S., Sena, J. P., Guimarães, H. P., & Lopes, R. D. (2009). Hipotermia terapêutica pós-reanimação cardiorrespiratória: evidências e aspectos práticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21, 65-71.
- Fernandes, S. J. D. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese\\_Dout\\_SD\\_Final\\_23.10.10.paginada.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf).
- Funderburke, P. (2008). Exploring best practice for triage. *Journal Emergency Nursing*, 34(2), 180-182.
- Gélinas, C., Arbour., C., Robar., L. & Cotê, J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care: British Association of Critical Care Nurses*, 18 (6), 307-318.
- Gomes, C. F. P. (2008). Contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência: satisfação do utente. (Monografia, Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1084/2/CristinaGomes.pdf>.

- Gross, A. (2006). End-of-life care obstacles and facilitators in the critical care units of a community hospital. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(2), 92-102.
- Howard, P. K. & Steinmann, R. A. (Eds). (2011). *Sheehy enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original Sheely's emergency nursing, 6<sup>th</sup> ed., 2010, New York: Mosby).
- Le Boterf, G.(2005). *Construir as competências individuais e colectivas – Resposta a 80 questões*. Local: Edições Asa.
- Lin, Y., Lee, W., Kuo, L., Cheng, Y., ... Lin, T. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, 14 (8), 1-8.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Martins, M., Agnés, P. & Sapeta P. (2012). Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. (Revisão sistemática de literatura, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Retrieved from <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1707/1/FIM%20DE%20VIDA%20NO%20SERVI%20C3%87O%20DE%20URG%20C3%8ANCIA%5B1%5D.pdf>
- Mendes, T. S. R. (2009). A conspiração do silêncio em cuidados paliativos: os actores, contextos e práticas na perspectiva da equipa multidisciplinar. (Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3619/4/TESE%20DE%20MESTRADO%20-%20TANIA\\_nov09.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3619/4/TESE%20DE%20MESTRADO%20-%20TANIA_nov09.pdf)
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Local: Editorial Novembro.
- Moreira, T., Lago, P., & Poças, C. (2011). Hemorragia digestiva alta. In Reis, A., Pereira, A., Martins, A., Albuquerque, A., Bastos, A., ... Moreira, Z. Manual do curso de evidência na emergência. (4ª ed.). (pp. 1215-1236). Porto: Pfizer.
- Neto, I.G. (2008). As Conferências Familiares como Estratégia de Intervenção e Apoio à Família em Cuidados paliativos. *Dor*, 16(3). 27-33.

- Neto, I.G. (2010). *Manual de cuidados paliativos*. (2ª ed). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., ... Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122 (13), 2110-2116.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional: Certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 26 (Suppl.), 9-20.
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Consultado a 18 de junho de 2016. Disponível em URL: [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Pereira, M. E. M. D. (2014). Cuidados paliativos ao doente em fim de vida num serviço de urgência básico. (Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23680/1/11103\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23680/1/11103_Tese.pdf)
- PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (24 agosto 1990). Lei n.º 48/90: Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º195, I Série.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde – Norma n.º 029/2012. 2013-10-31. Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Divisão das doenças genéticas, crónicas e geriátricas. Direção-Geral da Saúde - Circular normativa n.º 14/DGCG. 204-07-13. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny - Regulamento. 2015-07-22. Regulamento do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica. Adaptação do despacho n.º 8046 publicado em *Diário da República n.º 141, II Série*.

Acessível na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Funchal, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 mar. 2006). Decreto-lei nº 74/2006: Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República nº 60, I Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (15 set. 2015). Lei nº 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República nº 181, I Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Situação Crítica. *Diário da República nº 123, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Assembleia do colégio de especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica – Proposta de regulamento. 2014-01-25. Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros – Regulamento. 2010-05-29. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros – Regulamento. 2010-10-20. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros – Regulamento. 2011-10-22. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira: SESARAM – Manual. (2011). Manual do serviço II: Serviço de urgência. Acessível no SESARAM, Funchal, Portugal.

- Preston, S., Layer, S. R., Lloyd, W., & Padkin, A. (2006). Introducing intensive insulin therapy: the nursing perspective. *British Association of Critical Care Nurses: Nursing in Critical Care*, 11 (2), 75-79.
- Reith, G. H., Loro, M. M., Stumm, E. M. F., Rosanelli, C. L. S. P., Kolankiewicz, A. C. B., & Gomes, J. S. (2014). Uso de equipamentos de protecção individual pela enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista de Enfermagem*, 8 (2), 365-371.
- Ribeiro, A. S. S. (2012). O controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Retrieved from [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8755/1/676369_Tese.pdf)
- Rua, M. S. (2011). De aluno a enfermeiro: Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. (Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/8922/1/2010000418.pdf>
- Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da família da pessoa e situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19(1). 31-46.
- Salgueiro, A. J. M. (2001). *Expectativas dos Estudantes do Ensino Superior de Enfermagem*. Lisboa: Universitária Editora, Lda.
- Saraiva, D. M. R. F. (2012). Abordagem do doente com sepsis/choque séptico: Criação e implementação da via verde da sepsis. *Nursing*, (272). Retrieved from [http://www.forum-enfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3618-abordagem-do-doente-com-sepsis-choque-septico#.WM8Hx\\_nyjIU](http://www.forum-enfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3618-abordagem-do-doente-com-sepsis-choque-septico#.WM8Hx_nyjIU).
- Schrijvers, D. & Fraeyenhove, F. (2010). Emergencies in palliative care. *The Cancer Journal*, 16 (5), 514-520.
- Scotto, A. J., Fridline, M., & Menhart C. J. (2014). Preventing hypokalemia in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 23 (2), 145-149.

- SESARAM. (s.d.). Medicina Intensiva (par. 1). Consultado a 19 de janeiro de 2017. Disponível em <https://www.sesaram.pt/smi>.
- Simões, S. C. A. (2013). Burnout em cuidados paliativos. (Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias). Retrieved from [https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1789/4/Silvia%20Simoes\\_A.pdf](https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1789/4/Silvia%20Simoes_A.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (s.d.). *Resultados: Plano Nacional da Avaliação da Dor*. Retrieved from [http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio\\_Final\\_GAD1.pdf](http://spci.pt/files/2016/03/Relatorio_Final_GAD1.pdf)
- Tareco, E. & Madeira, A. (2013). Dificuldades dos enfermeiros de cuidados intensivos ao cuidar doentes em fim de vida. *Onco News*, (23), 17-25.
- Tingsvik, C., Johansson, K. & Mårtensson, J. (2014). Weaning from mechanical ventilation: factors that influence intensive care nurses' decision-making. *British Association of Critical Care Nurses: Nursing in Critical Care*, 20 (1), 16-24.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. (2<sup>a</sup> ed). Lisboa: Climepsi Editores.